

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2012 ÅRGÅNG 33



Tema: fortbildning

Palliativ medicin - en ny specialitet! sid 10 • Att våga tro på sin terapeutiska förmåga sid 49

- | | |
|--|---|
| <p>3 Ledare – Ett liv i ständigt lärande!
Karin Träff Nordström</p> <p>4 En vård värd samverkan
Kenneth Widäng</p> <p>5 Chefredaktör – Tack Gösta!
Ingrid Eckerman</p> <p>6 Ordbyte – vetenskap och praktik
Erland Svenson</p> <p>9 Krönika: Hur mycket marknadsekonomi ska vi ha i vården?
Saskia Bengtsson</p> <p>10 Palliativ medicin – en ny specialitet!
Carl-Magnus Edenbrandt</p> <p>13 18:e Nordiska kongressen i allmänmedicin
Elise Kosunen</p> <p>15 Fortbildning är mer än att åka på kurs
Gösta Eliasson</p> <p>17 SFAM och fortbildningen – en (I)ärorik historia
Jonas Sjögren, Ulf Måwe</p> <p>20 Att tända en eld eller fylla en pärm
Om kunskap och livslångt lärande
Christer Petersson</p> <p>23 Läkarförbundet och fortbildningen
Turid Stenhaugen</p> <p>24 Vårdvalet har missat fortbildningen
Andreas Thörneby</p> <p>25 Kan fortbildning rädda liv?
Anna Kiessling</p> <p>27 Anders W Jonsson – barnläkare och politiker
Gösta Eliasson</p> <p>28 Göran Stiernstedt, SKL: En fortbildningsplan är viktig
Gösta Eliasson</p> <p>30 Mats Eriksson, en person med stort inflytande i vården
Gösta Eliasson</p> <p>31 Fortbildning är en fråga mellan arbetsgivaren och arbetstagaren
Gösta Eliasson</p> <p>32 "Golden Standard" för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem</p> <p>34 Verksamhetschef: fortbildning är en del av arbetet
Gösta Eliasson</p> | <p>35 Allmänläkare: svårt att få tid till fortbildning
Ingrid Eckerman</p> <p>37 Hälsovalsenheten tog över samordnaren
Gösta Eliasson</p> <p>39 Resertifisering i allmänmedicin – norske erfaringer
Peter Prydz</p> <p>40 Ingmar Lönqvist håller stadigt i KursDoktors roder
Gösta Eliasson</p> <p>43 Du har lagstadgad rätt till fortbildning!
Ove Andersson</p> <p>45 Att känna andras plomber i munnen
Merete Mazzarella</p> <p>46 Är alkoholberoende en sjukdom eller bara dålig karaktär?
Sven Wählin</p> <p>49 Att våga tro på sin terapeutiska förmåga
Erland Svensson</p> <p>51 Kulturspalten: Vad är Kultur?
Meta Wiborgh</p> <p>52 In memoriam: Ian McWhinney
Karin Lindhagen, Carl-Edvard Rudebeck</p> <p>54 Recension: Läkemedelsföretagen skadar patienter
Karin Lindhagen</p> <p>55 Stödja patienter att sluta röka och snusa
Kristina Bergstrand</p> <p>56 Kollegiala rådgivare – en resurs för alla läkare
Ingrid Eckerman</p> <p>57 SFAMs kurs- och konferenskansli</p> <p>58 Nordiskt allmänläkarmöte på Säröhus
Louise Hamark</p> <p>60 Krönika: Saker och ting – en julsaga
Olle Hellström</p> <p>62 SFAM informerar, kalendarium
SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner</p> <p>64 Krönika: Mitt liv som hund – om jag vore en
Bertil Hagström</p> |
|--|---|

Omslagbild: (Kunskap är frihet) av Joel Lundberg.
Glasmontage Halmstad Högskola.

Annons

Ett liv i ständigt lärande

I ett Sjukvårdssverige som alltmer fokuserar på kvalitetsregister, målrelaterade ersättningar, tillgänglighet och ekonomi kommer den medicinska kvalitetsutvecklingen ibland i skymundan. För att driva den medicinska utvecklingen framåt och för att kunna ge den bästa vården till våra patienter behöver vi ett kontinuerligt lärande. Formellt är det arbetsgivaren som är ansvarig för att medarbetarna har den kompetens som krävs för att utföra arbetet på ett kvalitativt bra och patientsäkert sätt. Ansvaret ligger dock lika mycket hos oss själva.

Detta nummer av AllmänMedicin handlar huvudsakligen om fortbildning. Makthavare, chefer och företrädare för allmänläkarkåren intervjuas, och vi sneglar lite avundsjukt på det norska systemet för "resertifisering". I Storbritannien införs med början i december i år ett system med revalidering av samtliga läkare vart femte år.

Oavsett om vi så småningom får ett recertifieringssystem för allmänläkare i Sverige och i så fall av vilken typ, ligger en stor del av ansvaret för vår kontinuerliga fortbildning på oss själva. Vi måste identifiera vilka fortbildningsbehov vi har för att sedan stämma av dem mot

fortbildningsfokus för hela vårdcentralen. Vi kan för våra chefer påtala behovet av ständigt lärande och då inte bara i form av regelrätta kurser. Vi kan bli bättre på att sprida kunskap till våra kolleger.

I det norska systemet ingår många komponenter. Exempel på dessa är besök hos andra allmänläkare (medsittning), FQ- och Balintgrupper, auskultation på specialistläkarmottagning eller sjukhus, medbedömning, handledning av AT/ST-läkare och studenter, hålla föreläsning, skriva artikel, forskning, projektarbete, arbete i läkemedelskommitté med mera. NFA, vår norska systerförening, ansvarar för innehållet i resertifiseringen medan myndigheterna ansvarar för värderingen/kontrollen av den genomgångna fortbildningen.

SFAM erbjuder redan frivillig kompetensvärdering i form av Mitt-i-ST och specialistexamen. I SFAMs regi finns också ASK som innebär en frivillig recertifiering av specialister vart sjunde år. Mer finns att läsa på hemsidan.

Samtidigt som SFAM, DLF och Läkarförbundet driver frågan om fortbildning och recertifiering i dialog med Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Socialdepartementet kan mycket göras lokalt.

- Jobba i lokalföreningarna för att få in fortbildning i ackrediteringsvillkor/regelböcker för era vårdval 2013!
- Jobba på vårdcentralen för att få tid avsatt till bra fortbildning inklusive den interna i form av läkarmöten, återkoppling efter deltagande i kurser och liknande.
- Jobba själv på att identifiera dina fortbildningsbehov, lev i ett kontinuerligt lärande, engagera dig i olika sammanhang och återkoppla till dina kolleger!

... och glöm inte att också avsätta tid för vila, återhämtning och reflektion!

God Jul och ett
Gott Nytt Allmänläkarår!



Karin Träff Nordström
ordförande
ktn@sfam.se

En vård värd samverkan

Pensionärsorganisationerna Pensionärernas Riksorganisation (PRO) och Sveriges Pensionärsförbund (SPF) har tröttnat på den splittrade vård utan kontinuitet som möter multistjuka äldre. Gränser har dragits upp och murar rests som förhindrar en verklig samverkan. Vi har fått en utveckling som ingen säger sig vilja ha. Flera förklaringar kan ges till detta.

Olika huvudmän är inblandade. Landstingen och kommunerna bevakar sina respektive områden och budgetar. Den s.k. stuprörsmodellen råder mellan de instanser som är inblandade i äldres vård och omsorg. I stället för samverkan splittras arbetet upp och fragmentiseras.

De har därför kontaktat generalisterna bland läkarna samt andra berörda professioner inom vård och socialtjänst för ett gemensamt arbete. Man har kommit överens om åtta punkter att arbeta efter. De följer här i lätt sammandrag. Hela dokumentet finns på www.sfam.se.

1. Kring varje äldre person med stora och sammansatta behov ska det finnas ett för individens behov anpassat tvärprofessionellt team, med en huvudansvarig utifrån personens hela vård- och omsorgssituation. Huvudansvarig kan variera med de insatser den enskilde behöver.

2. Vård- och rehabiliteringsplan ska upprättas mellan vård- och omsorgstagaren och det team som övertar ansvaret efter utskrivning från slutenvården.

3. Primärvården bör ha det samlade medicinska huvudansvaret för den enskilde vård- och omsorgstagaren. Ett alternativ till primärvårdens ansvar kan vara att det medicinska huvudansvaret läggs på en geriatrisk klinik. En viktig uppgift för det medicinska ansvaret är att det inte ska förekomma onödiga besök vid akutsjukvården.

4. Teamen ska ha tillgång till geriatrisk kompetens, som vid en akut situation för vård- eller omsorgstagaren ska kunna besluta om direktinläggning till geriatrisk klinik eller vårdavdelning med tillgång till geriatrisk kompetens och övriga medicinska specialiteter, som det kan finnas behov av.

5. För att få ut det optimala för varje enskild vård/omsorgstagare förutsätts att personella resurser finns i tillräcklig omfattning inom varje kommun och landsting.

6. Det krävs en satsning på utbildning och kompetensutveckling av personal verksamma inom sjukvård och äldreomsorg. Idag råder en stor brist på personal med tillräcklig utbildning och kompetens rörande gerontologi, geriatrik, demenssjukdomar m.m. Förstärkningar behövs inom alla delar av vården och omsorgen om äldre.

7. Samverkan mellan personalgrupper kräver också en ekonomisk samverkan. Resurserna måste samlas runt den enskilde med en gemensam budget.

8. För att skapa stabilitet bakom de politiska besluten om samverkan inom vård och omsorgsverksamheten, krävs tvärpolitiska lösningar som fungerar långsiktigt, oavsett politisk majoritet.

För oss allmänläkare är det tacksamt att generalistperspektiv och personalens utbildningsbehov drivs från avnämarna.

Två lunch till lunchseminarier med bortåt hundra deltagare från PRO och SPF har genomförts där SFAM medverkat. Organisationerna har engagerade medlemmar med bred samhällskunskap. Detta framstod med all tydlighet under seminarierna.

Det är angeläget att allmänläkare ute i de olika landstingen och regionerna ställer upp och hjälper till med sakkunskap när pensionärerna vill driva dessa frågor mot politiker och tjänstemän.



Kenneth Widäng
Styrelseledamot i SFAM
kenneth.widang@sfam.se

Kontaktpersoner för pensionärsråden

Från styrelsen och SFAM:s råd för hemsjukvård vill vi gärna ha kontaktpersoner över hela landet för "Vård värd samverkan". Tanken är att de lokala pensionärsråden kan få stöd när yrkeskunskap behövs.

Parallellt med detta är styrelsens uppfattning att frågor kring utvecklingen av vården för sköra äldre kommer att vara väsentliga för allmänläkarkåren under överskådlig tid. Av detta skäl är det också angeläget att förstärka SFAM:s råd för hemsjukvård som arbetar med detta.

Vi letar därför intresserade allmänläkare från hela landet med intresse för dessa frågor. Där vi inte fått namngivna personer till "Vård värd samverkan" kommer vi att hänvisa till lokalrådsordförandena. Listan kommer att finnas på hemsidorna för PRO och SPF.

I nuläget finns följande namngivna personer:

Stockholms län	Sonja Modin, Inger Fridegren
Kalmar län	Viktor Skobe
Östergötland	Gunnar Carlgren
Örebro län	Gunilla Stenninger
Värmland	Anna Tomczyk
Gävleborg	Anders Wimo
Uppsala län	Karin Lindhagen
Norrbottens län	Kenneth Widäng

Kenneth Widäng

Styrelseledamot i SFAM
Boden
kenneth.widang@sfam.se

Sonja Modin

Ordförande i SFAM:s hemsjukvårdsråd
Stockholm
sonja.modin@sll.se

Chefredaktör

Tack, Gösta!

Det var med glädje jag tog emot Gösta Eliassons, ordförande i SFAM:s fortbildningsråd, erbjudande att medverka i ett nummer av AllmänMedicin med fortbildning som tema. Gösta har gjort ett enormt arbete: engagerat skribenter, gjort en lång rad intervjuer och letat fram omslagsbild. Allt material har levererats i god tid.

Tidningen är tänkt att spridas långt utanför medlemskåren, till alla som har med fortbildning att göra. Ta med den när du förhandlar med din (blivande) chef, och lämna kvar en kopia av Golden Standard!

Historiebeskrivningen av Ulf Måwe och Jonas Sjögren visar hur man måste fortsätta kämpa. Det är inte ett slag som kan vinnas utan i stället som i första världskriget: man måste befästa det man har och strida för små steg framåt. Ge inte upp, yngre kollegor!

Ugglan står för vishet – som innebär mer än vara boklärd. Christer Petersson betonar det kollegiala samtalet och reflektionen i fortbildningen. Erland Svensson påpekar att relationen mellan terapeut och patient är en viktig faktor för effekt,



*Till sist vill jag
önska alla läsare
en vederkvickande
julledighet!*

men att vi ändå saknar tilltro för att vi som läkare kan ha en läkande effekt.

Carl-Magnus Edenbrandt talar om en palliativ vård "som gör situationen begriplig, hanterbar och meningsfull" – d.v.s. man önskar patienten en känsla av sammanhang in i det sista. Själv har jag nyligen läst Per Fugellis bok "Døden, skal vi danse?". Denna bok önskar jag alla läkare läste, liksom alla beslutsfattare inom sjukvården. Ingenstans har jag läst en så god beskrivning av vad en god sjukvård och en god död egentligen är.

Nu hoppas jag att läsarna kommer med nya idéer till AllmänMedicin. Omslagsbilder och andra bilder mottas tacksam.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör@sfam.se

Klipp från Ordbyte

– vetenskap och praktik

I början av augusti ställde Markus Beland från Jokkmokk en fråga på Ordbyte till Peter Nilsson, professor i klinisk kardiovaskulär forskning i Malmö/Lund. Det blev en livlig diskussion där många kollegor gjorde inlägg. Här kommer ett utdrag kring denna debatt.

Det gäller en dam, 83 år, som sökt distriktssköterskan för dålig hörsel. Hon vill även få blodtrycket kontrollerat. Blodtrycket är 160/80 hos dsk och det var högt systoliskt redan för ett och ett halvt år sedan. Bokas till läkarbesök nästa dag och hos Markus är trycket 183/77.

Markus Beland:

Handen på hjärtat Peter, hur gör DU med henne:

– Bedömer värdet som allvarligt: ”Patienten hade dokumenterat högt tryck redan för 1½ år sedan och bör behandlas genast. Hon kan få stroke när som helst.”

– Bortförklarar risker: ”Trycket är tillräckligt högt, det är viktigt att sänka blodtrycket för att minska risken för för tidig död även om fallrisken ökar. Tänk om jag blir anmäld av hennes anhöriga?”

– Anlägger ett epidemiologisk perspektiv: ”Det är värt att behandla varje individ, överlevnadsstatistiken i norr bör likna söderns.”

– Anlägger filosofisk aktivism: ”Visst dör vi en dag, men ju senare desto bättre. Nog vill alla helst leva evigt.”

– Retirerar bakom en riktlinjekonform fasad: ”Skit samma att hon mår bra för övrigt, tanten har högt blodtryck och behöver behandling, det säger riktlinjen.”

– Visar att du är vetenskapens man: ”Behandling till målvärdet går inte att undvika, evidensen har ett tvingande språk.”

– Gör som de flesta allmänläkare: ”Hm, förvisso är värdet en aning i överkant, men du har ju inga besvär och alla i din släkt varit friska. Om du vill kan du kolla upp blodtrycket vid tillfälle. Förresten så dör vi nog alla en dag i någonting, det har du visst hunnit fundera över i din ålder. Jag tycket blodtrycket är inget att oroa sig för.”

Peter Nilsson:

Mycket konkret: allmäntillståndet och den ”biologiska åldern” får avgöra liksom patientens egen inställning. Pondera att hon är svag och matt i hela sin kropp och själ – ger svaret: ingen behandling.

Pondera att hon egentligen är ovanligt pigg för åldern minus en del hörselproblem och en del värk samt lite glaukom, en riktig ”krutgumma” som cyklar själv fram och tillbaka (3 km) från sin hemby till Din vårdcentral i Jokkmokk. Enligt HYVET-studien finns det då en rimlig behandlingsindikation vid konstanta systoliska BT över 160–170 mmHg. Då kan bl.a. mortalitetsrisken reduceras. Om detta är viktigt eller inte bör man nog fråga patienten om och inte spela allvis doktor och dölja evidensen ...

... Den allmänmedicinska utmaningen påverkas som bekant av att vi t.ex. som regel inte har facit, att vi måste utgå från en blandning av subjektiva och objektiva uppgifter, att vi inte kan påtvinga en annan människa något utan måste diskutera enligt HSL och erbjuda åtgärder, att stora studiers resultat kanske inte alls gäller en viss patient, etc. ... Om man nu råkar känna till HYVET (alla läkare gör inte det) och står inför en äldre kvinna som verkar ha systolisk hypertoni och som dessutom själv tar upp och undrar över sitt blodtryck – kan man då vifta bort detta? ... Den allmänmedicinska helhetsbedömningen kan leda till ett helt annat vägval. Det jag kan fundera på är om läkare alltid tror sig veta bäst och tycker sig ha rätt eller skyldighet att bortse från att det sedan 2008 finns en studie i världen som visar att det går att minska mortalitet och hjärtsvikt för sådana äldre patienter om de inte är tyngda av för mycket samsjuklighet. Om inte HYVET fanns vore det inga större problem eftersom ingen evidens fanns för denna frågeställning = inget grubbel ...

Låt oss se detta som ett praktiskt vardagsexempel för reflexion om hur vi arbetar under allmänmedicinska premisser (vilket även jag gör blygsamma två veckor om året). Hypertoni är som regel ingen sjukdom utan en riskfaktor. Därmed kan vi friskförklara från sjukdom om det är det som önskas. Det som skaver i fallet är emellertid att denna kvinna själv tog upp frågan om sitt blodtryck ...

Lars Englund kommenterar och frågar:

... Som riktigt ung vikarierande distriktsläkare i Björkhagen i Stockholm minns jag de skuld känslor jag hade för en patient som jag fick veta hade insjuknat i en stroke och som vid kontrollen hos mig någon vecka dessförinnan hade haft ett blodtryck som inte var perfekt kontrollerat (minns förstär inga värden). Jag var så bekymrad (kanske över anmälan till HSAN?) att jag också tog kontakt med behandlande överläkare på Serafens medicinklinik. Hon bara skrattade åt mina farhågor

och sa att så kan man ju inte tänka. ”Det är riskfaktor bara på lång sikt.” Att trycket var lite högt just nyligen hade ingen betydelse sa hon. Och jag kände mig lättad.

De ”argument” du för fram känns för mig mer som skräm-selnas vita lakan än den kyliga analysens RCT-baserade san-ningar.

Har du några siffror på hur stor hennes absoluta risk för död i hjärt-kärlhändelse eller bara ”någon hjärt-kärlhändelse” är det närmaste året eller de nästa 5/10 under förutsättning att de andra välkända riskfaktorerna är ua? Det måste du väl kunna få fram? Och hur förändras den risken av farmakologisk behandling? I absoluta tal med NNT och NNH.

Markus Beland svarar Peter Nilsson:

Dina rader innehåller spännande allmänmedicinskt material: Du av alla borde egentligen kunna säga: näpp, allting är kollat, hon har bevisligen inte tillstymmelsen till ökad kardio-vaskulär risk, henne kan man släppa med gott samvete. **Ändå** utläser jag i bakgrunden av ditt meddelande en svag tvekan om det handlagda verkligen var rätt: Du ”hoppas att allt går bra”, du håller det alltså för fullt möjligt att någonting händer och kopplar den tvekan till undersökningstillfället, att något kan vara missat som vi borde ha tagit hänsyn till i beslutet att inte behandla: du ber om meddelande om hur det går.

Hur kommer det sig? Och här blir det verkligen intressant. Det är nämligen någonting som vi alla känner igen och – vat-ten på mina kvarnar – det belyser vårt (även ditt) arbetssätt gentemot evidens och statistik.

Lars Englund riktar ny fråga till Peter Nilsson:

Peter, med din goda kunskap om riskernas storlek och betydelse – är inte chansen för henne att trots åldern (eller tack vare) klara sig utan någon hjärt-kärlhändelse relaterad till hennes blodtryck det närmaste året (och även de fem – tio närmaste åren) större än risken att inte göra det?

Peter Nilsson:

Jag tror att man i debatten måste skilja på ren riskfaktorepi-emiologi och resultat från interventioner. Ju äldre man är desto högre är riskerna för allt möjligt, kanske inte så konstigt.

Den springande punkten är emellertid om det finns pu-blicerade interventionsstudier med trovärdiga data och i bra tidskrifter, vilket är ett helt annat steg i evidensprocessen. Man kan förstås alltid välja att ignorera studiens resultat med mer eller mindre sanna argument som att:

- Det gäller inte min patient
- Den absoluta vinsten är för låg
- Det blir medikalisering och biverkningar
- Det blir bara en massa extra kontroller och oro
- Forskarna är suspekta

Visst, så kanske det kan vara ibland, men mitt huvudargu-ment är att läkaren inte skall spela auktoritär och allvetande ”halvgud” inför en medmänniska (patient) som har egna seriösa

frågor, t.ex. om sitt blodtryck, utan på ett förnuftigt sätt föra en dialog med patienten om för- och nackdelar med en ev. behandling om nu evidensen och kanske rent av indikationen finns där på ett påtagligt sätt.

Slutsats: Om nu en viss behandling kan minska mortalitet jämfört med placebo (typ HYVET) så kanske man ändå kan få en tanke om att berätta detta för rätt patient vid rätt ögonblick, framför allt om denna patient själv ställt frågor inom området och har en dokumenterad SBT-förhöjning som passar med inklusionskriterierna i just den studien. Om mortalitetsriskre-duktion är något att bry sig om eller inte kanske man kan låta patienten själv reflektera över.

Lars Englund frågar igen:

Hur stor är den absoluta risken (givet hennes blodtrycksförhöj-ning) att hon kommer att dö inom 1, 5 och 10 år? ... Om man ser sådana siffror brukar sakerna falla på plats. Och göra valet att ignorera vinsten av behandling rätt enkelt. Kanske också i diskussion med patienten. I alla fall om hon ser vad annat som kan finnas i den negativa vågskålen av behandlingen.

Peter Nilsson:

Tack för Din respons! Bäst att gå till källan och HYVET pu-blikationen (N Engl J Med, maj 2008 ”Treatment of Hyper-tension in Patients 80 Years of Age or Older”)

Jag citerar: ”There was a 21% reduction (95% CI, 4 to 35; P = 0.02) in the rate of death from any cause in the active group.” ”Death from any cause in active arm: 47.2% (n=196) versus 59.6% (n=235) in the placebo arm, HR 0.79 (0.65–0.95), p=0.02” (Table 2).

Eftersom den absoluta skillnaden blir 12,4% så motsvarar detta NNT på 8,1 patienter som måste behandlas under med-elbehandlingstid 2,1 år (median 1,8 år) för att ett dödsfall skall undvikas bland dessa.

När dessa torra siffror möter den allmänmedicinska konsul-tationens dynamik så uppstår ett spänningsfält, det jag syftar på med kunskapens ”tyngd” och att anden (kunskapen) är ute ur flaskan (har publicerats), och inte kan pressas in i flaskan igen.

Min huvud-point är att man kanske inte som läkare skall överdriva dessa siffror men heller inte dölja att sådan kunskap existerar. Ibland kan ju patienten själv efter eget övervägande få komma fram till det ena eller andra vägvalet för sin egen kropp och hälsa. För mig är detta öppenhet och dialog, där motsatsen kanske ibland kan bottna i föreställningen om att läkaren alltid vet bäst för sin patient och har rätt att portionera ut kunskapen hur han/hon själv finner lämpligt.

Så avslutande inlägg från Peter Nilsson:

Efter en vecka med denna rikskända tant och kanske en debatt-matthet på olika håll dristar jag mig till att försöka göra en liten sammanfattning där jag funderat dels på vad vi kanske skulle kunna vara eniga om och dels vad vi tycker olika om, men även vilka ev. lösningar på problemen som man kan tänka sig - håll till godo! Give me five!

Vad kan vi vara eniga om (förslag):

1. Livet är en 100 % risk för oss alla, men några drar nitlotter och andra drar vinstlotter för hälsan. Till viss del kan individens egen livsstil påverka förloppet.
2. Det är inget stort problem att avlida i en kardiovaskulär sjukdomsmanifestation efter ett långt och rikt liv om alternativet är värre (demens, cancer, KOL, etc.).
3. Allmänmedicinen tyngs av för många patienter och för få läkare på många håll samt insufficianta strukturer.
4. Hypertoni är ett folkhälsoproblem i globalt hänseende och den viktigaste orsaken till mortalitet i världen enligt WHO 2009, men det är sannolikt bättre med folkhälsoåtgärder (salt, mat, motion, etc.) än individuella åtgärder mot hypertoni, utom för en liten grupp med mycket höga blodtryck eller speciella risktillstånd (ex. diabetes, njursjukdom).
5. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i Sverige stadgar att hälso- och sjukvårdens personal skall arbeta både för att behandla sjukdomar samt erbjuda förebyggande åtgärder där så är möjligt och i dialog med individen. Förebyggande arbete har en positiv resonansbotten bland vanligt folk (skattebetalare), visat bl.a. i Västerbottens läns landsting och de stora projekt som där bedrivits.

Vad är vi oeniga om (förslag):

1. Det finns studier med randomiserad design som ger vägledning för bedömning av en riskfaktor (ex. hypertoni) hos enskild patient (ex. HYVET) och att denna kunskap kan ha betydelse för att rätt individer kan erbjudas behandling om de så själva önskar.
2. Att inleda en behandling kostar tid, resurser och kanske biverkningar, vilket bör vägas mot eventuell nytta. NNT är ett mått som måste tolkas utifrån vilken tidsaxel som är lämplig att använda, ofta handlar det om t.ex. fem år.
3. Att minska total mortalitet är det viktigaste effektmåttet i medicinska interventioner, och ovanligt att kunna uppnå i studier av olika skäl. Några studier har lyckats, bl.a. HYVET.
4. Läkaren bör kunna förmedla kunskap och erbjuda om åtgärd om det finns evidensgrund och patienten själv önskar detta och för saken på tal. Det vore fel att förneka att kunskap existerar, men problemet är dess applicering i det enskilda fallet (konsultationen).
5. Endast en mindre del av den medicinska praktiken är idag klart evidensbaserad genom vetenskapliga studier. Detta måste få möjlighet att prägla det medicinska handlandet även om konsultationen innehåller många viktiga moment som inte med lätthet kan testas eller evidensbaseras utan utgör "the art of medicine".

Slutsatser och lösning (förslag):

1. Det behövs fler allmänläkare för att få en rimlig arbetsbörda för att kunna arbeta kliniskt bra, etiskt samt enligt HSL.
2. Polypill är värt att prova som strategi över ett visst åldersstreck utan onödiga kontroller samt endast vårdkontakt vid biverkningar. Studier pågår.
3. Balanserad risk-kommunikation som kliniskt hjälpmedel bör utvecklas i samverkan mellan läkare, pedagoger och informationsexperter.
4. Erbjudande om förebyggande behandling för att förebygga hjärtkärlsjukdom (Läkemedelsverket 2006) bör i första hand erbjudas sekundärpreventivt, i andra hand till individer som själva önskar detta (efter bedömning) och först i tredje hand till individer som inte aktivt har bett om bedömning eller hjälp men där läkaren på goda grunder kan föreslå detta (ex. långvarig rökning eller kraftigt avvikande värden samt positiv familjehistoria).
5. Allmänmedicinen måste utveckla egna metoder inom detta område, men även föra en dialog med vetenskapens företrädare utanför allmänmedicinen samt med myndigheter. Av detta skäl behövs en revidering av Läkemedelsverkets dokument från 2006, vilket förefaller kunna bli av under 2013 (enligt preliminärt besked sommaren 2012).

Markus Beland avslutar:

... Det var en bra sammanfattning. Även i det du tycker vi är oeniga om tycker jag vi är ganska eniga.



Erland Svensson
Redaktör

Fjällbacka respektive Uppsala
erland.svenson@gmail.com

Hur mycket marknadsekonomi ska vi ha i vården?

Anta att du tillverkar skor. I en välfungerande marknadsekonomi kommer priset att bestämmas av efterfrågan och utbud. Är dina skor särskilt attraktiva, på grund av till exempel hög kvalitet eller skicklig marknadsföring, kommer du att kunna ta ut ett högre pris än grannen, som också tillverkar skor. Konkurrensen kommer att ha avsedd effekt och göra att bästa möjliga varor säljs till lägsta möjliga pris. Kundens köpvilja är kvitto på att dina varor håller hög kvalitet. Du kommer att kunna göra god vinst och skaffa större pool än grannen.

Anta nu att du säljer vårdtjänster. Du kan inte ta ut ett högre pris än någon annan, eftersom priset är fixerat – alla betalar lika mycket för dina tjänster oavsett hur attraktiva de är. Du har dessutom vissa moraliska skyldigheter i ditt vårdtjänstförsäljande; du ska till exempel inte pracka på människor en vårdtjänst de inte behöver bara för att tjäna pengar. Enda sättet för dig att öka dina marginaler (och skaffa större pool än grannen) är därför att sänka dina kostnader.

Hur ska du sänka dina kostnader? Ja, du kan ju effektivisera. Enligt politisk retorik är effektiviseringspotentialen oändlig, men det är en annan historia. Du kan också sänka kvaliteten (köpa in billigare läder till skorna).

Ok, så du tycker att du effektiviserat så mycket du kan. Näväl, då får du sänka kvaliteten (för du vill ha den där poolen!). Men nähä, det vill inte uppdragsgivaren att du skall göra. Hur ska du hindras från det då? Ja, med omfattande kontrollsystem, detaljstyrning och så kallade kvalitetsmätningar – allt för att upprätthålla skenet av att det här är en äkta fungerande marknadsekonomi där konkurrensen fungerar som den ska. Vore det skor du sålde skulle du inte behöva sätta en skylt bredvid dem med en massa myndighetsdeklarerade siffror på de olika kvalitetsmåten – köparen skulle syna din vara och sen bestämma sig för vilken sko som ger bäst kvalitet till lägst pris. I illusionen ingår också resultatstyrning – d.v.s. priset på dina tjänster är fortfarande fixerat, men du tävlar med grannen om att uppvisa goda resultat och kan därmed norpa några procent extra pengar av denne. Det ökar din marginal och minskar grannens och sen kan du kanske köpa den där större poolen ändå. Vilket kanske skulle vara ett rimligt sätt att hantera problemet, om det inte vore för att det är en dålig efterrapning av äkta marknadsekonomisk balans och alltför ofta får högst önskad och ofta oförutsedda konsekvenser.

Men varför inte ta bort spärrarna då och göra det till en äkta marknadsekonomi? Köparen får det den betalar för – och den som inte har råd med den dyra tjänsten får man hitta en billigare eller avstå helt. I anständighetens och folkhemmets namn kan man garantera en miniminivå – kanske ingår epiduralbedövning vid förlossningen och basal palliativ vård, men inte eget rum på BB och livsförlängande cytostatika. För alla tilläggstjänster betalar man själv, och väljer då den kvalitet man har råd med. Man kan naturligtvis teckna försäkringar också, så länge man är frisk vill säga.

Jag är inte emot privat vård i sig, men jag är emot många av de avarter som uppstått på senare år – och jag vet inte hur man ska rätta till det. I vilket fall som helst borde man tala klarspråk och kalla saker vid dess rätta namn. Konkurrens och valfrihet, visst, men tala också om marknad, utbud och efterfrågan, och marknadsekonomins förutsättningar och begränsningar.

Vi måste liksom bestämma oss. Vill vi att man ska kunna bli riktigt svinrik på skattefinansierad vård? Eller får man bara bli lite lagom rik så det inte sticker i ögonen? Eller ska man inte få göra vinst alls? Hur mycket vård har vi råd att ge alla medborgare? Hur ska den göra som vill ha mer än så? Köpa sina vårdtjänster i Sverige, till marknadspris, eller behöva åka utomlands för att få sin cytostatika eller sin kataraktoperation-innan-synförmågan-är-tillräckligt-inskränkt?

Jag saknar en riktig vårdresursdebatt i Sverige som utgår från verkligheten: att resurserna är begränsade och att den som har mer pengar redan nu, inte i en fiktiv framtid, inte bara kan få en större pool utan faktiskt också bättre vård.



Saskia Bengtsson
Bankeryd

Palliativ medicin – en ny specialitet!

Pionjärfasen

När jag började som underläkare i slutet av 1970-talet gick vi på rondan förbi rummen där de döende patienterna låg. Vi hade kommit till vägs ände med våra medicinska insatser och upplevde att ”här finns det inte mer vi kan göra”. Vi valde bort dessa de svårast sjuka och deras närstående, inte av ondska utan av maktlöshet. Vi övergav dem när de behövde oss som mest.

Margareta Andrae har i sin avhandling [1] väl beskrivit många av de svårigheter jag då stod i. Upplärd i den biomedicinska modellen var jag fokuserad på sjukdomen och såg inte patientens önskan att få vara en hel person med fysiska, psykologiska, sociala och andliga/existentiella behov [2]. Jag hade ingen träning i samtalskonst och visste inte hur jag skulle kunna ge dåliga besked och samtidigt trösta. Och naturligtvis väckte konfrontationen med döende patienter motstridiga känslor och tvingade mig att själv möta de existentiella frågorna.

Jag kunde förstå varför läkare undvek mötet med de döende och hellre gav falsk tröst, ”att det ska nog ordna sig”, samtidigt som patienterna tröstade läkarna med att de mådde bättre än de gjorde [3].

Behovet av kunskap och verktyg för att tackla vården i livets slutskede inspirerade pionjärer i Sverige, varav många geriatriker och allmänläkare, att från 1970-talet successivt införa den moderna hospicefilosofin i enskilda verksamheter och politiska initiativ [4, 5, 6].

Palliativ medicin etableras

Idag tycker jag att vi äntligen har lämnat pionjärfasen. Ett flertal regeringsinitiativ visar en tydlig politisk vilja att de som lämnar livet, de äldre och de med obotliga sjukdomar, ska få samma uppmärksamhet, vård och omsorg som vi ger de nyfödda.

2010 publicerade Läke medelsverket nya rekommendationer för smärt lindring i livets slutskede, där en mekanismbaserad syn på smärta ersätter den tidigare populära WHO:s smärttrappa [7]. Socialstyrelsen gav 2011 ut föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande åtgärder (SOSFS 2011:7) där läkarens ansvar för att planera den palliativa vården formuleras [8]. 2012 utkom den preliminära versionen av Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer [9], och Socialstyrelsen beslutade att palliativ medicin ska bli en medicinsk tilläggspecialitet [10].

”Ty, trots svåra symtom och tilltagande beroende upplever många patienter i livets slutskede meningsfullhet, glädje och tillfredställelse med livet, delaktighet i vardagen och vården, personlig växt och mognad samt ett element av fullbordan” [23].

Från Svensk förening för palliativ medicin formulerade vi tidigt en läroplan [11], organiserade en nordisk specialistkurs, som nu går på sitt tionde år [12], och utvecklade ett kvalitetsregister [13]. Våren 2012 publicerades ett Nationellt vårdprogram för palliativ vård där ett 70-tal medverkande från olika professioner delar med sig av kunskaper och erfarenheter från klinisk praktik [14]. I år har det även kommit en ny lärobok i palliativ medicin [15].

Palliativ vård för alla

God palliativ vård i livets slutskede är av stort värde för dem som dör den långsamma döden till följd av kroniska sjukdomar och ålderdom. År 2009 var 86% av dem som dog 65 år och äldre och nästan 72% var 75 år och äldre. Den palliativa vården ägnade sig först åt cancerpatienter, för att deras sjukdomsförlopp var lättast att förutsäga, men numera är det självklart att den ska omfatta alla, oavsett diagnos.

Att patienter med andra kroniska sjukdomar än cancer, såsom hjärtsvikt, KOL, demens, ALS, stroke, och med ofta komplicerad multisjuklighet, nu ska få tillgång till palliativ vård innebär nya frågeställningar där kunskapen brister och vi behöver samarbete mellan bland annat palliativmedicinare, geriatriker, internmedicinare och allmänläkare. De första värdefulla initiativen togs av SFAM, Svensk geriatrisk förening och Svensk internmedicinsk förening med ett policydokument om multisjuka äldre 2009 [16], och av WHO som i samarbete med European Union Geriatric Medicine Society och European Association for Palliative Care publicerade ”Palliative care for older people: better practices” år 2011 [17].

Palliativt förhållningssätt

En ny frågeställning är om man kan integrera ett palliativt förhållningssätt i vården av kroniskt sjuka redan innan vård i livets slutskede är aktuellt. Det skulle innebära att en professionell bedömning av patientens tillstånd, behov och önskemål görs utifrån fysisk, psykisk, social och existentiell dimension [18]. Tänkbara insatser skulle föregås av en avvägning av för- och nackdelar för patientens välbefinnande. Man skulle gå från ett sjukdomsorienterat till ett situationorienterat arbetssätt.

Temel visade i en mycket uppmärksam randomiserad, kontrollerad studie att ett palliativt förhållningssätt samtidigt med livsförlängande behandling medförde bättre livskvalitet, mindre depression och förlängd överlevnad [19]. Kronisk sjukdom medför ofta ett betydande lidande för patienter och deras närstående som ett palliativt förhållningssätt har verktyg att lindra [20]. De verktygen är helhetssyn, läkarkontinuitet, dvs. en relation som bär, och en vård som gör situationen begriplig, hanterbar och meningsfull.

Brytpunktsbedömning

Ytterligare en ny frågeställning är hur man bedömer när patienter med icke-cancer och komplex multisjuklighet övergår från att vara "kroniskt mycket sjuka" till att behöva palliativ vård i livets slutskede.

Naturligtvis är det svårt att exakt förutsäga hur lång tid en människa har kvar att leva. En uppskattning måste bygga på en kvalificerad medicinsk helhetsbedömning av sjukdom och individ. Prognosen kanske inte kan uttryckas i en viss tid utan mera som att "döden är oundviklig inom en överskådlig framtid" [14] eller "would I be surprised if this patient died within the next year?" [21]

Syftet med bedömningen är ju att klargöra vårdens inriktning och mål och värdera vilka livsförlängande insatser som gagnar patienten. Bedömningen ger patient och närstående möjlighet att planera för och ta vara på den sista tiden i livet, till exempel att kunna vara tillsammans genom att använda närståendepenning. Vårdens inriktning och mål måste vara tydligt så att vårdpersonalen kan planera för de problem och svårigheter som väntar runt hörnet, vilket skapar trygghet [22]. Att inskränka vården till akuta insatser medför oro, osäkerhet och förlust av kontroll.

Framtid

Trots nya utmaningar är situationen för läkare som vårdar döende idag radikalt annorlunda än den var för mig på 1970-talet. Idag finns det goda kunskaper och erfarenheter om symtomlindring och ofta ett strukturerat arbetsätt som innefattar en gemensam värdegrund, gemensamma termer och begrepp, definierade mål, utvärdering och förbättringsarbete. Visst kan den upprepade kontakten med döende människor vara krävande men också givande. Idag är också kontinuerlig utbildning och handledning självklara inslag i både verksamheter och nationella riktlinjer [9].

Vården av de döende har under lång tid varit försummad. Ett avgörande steg för att skapa intresse och engagemang hos läkare är att palliativ medicin blir en medicinsk tilläggspecialitet. Socialstyrelsen har tagit beslutet och utarbetar nu föreskrifter och målbeskrivningar som träder i kraft 2014. Jag hoppas att många allmänläkare och geriatriker kommer att lägga denna kompetens ovanpå sin baspecialitet till glädje för patienter, närstående och samhället.



Carl-Magnus Edenbrandt
Ordförande i Svensk Förening för
Palliativ Medicin
Institutionen för kliniska vetenskaper,
Medicinska fakulteten, Lunds Universitet
carl-magnus.edenbrandt@med.lu.se

Referenser

1. Andrae M. Facing death, physicians' difficulties and coping strategies in cancer care [dissertation]. Umeå 1994
2. Clark D, Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders 1958-1967. *Soc Sci Med.* 1999;49(6):727-736
3. The A-M, Hak T, Koeter G, et al. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000;321:1376-81
4. SOU 1979:59 I livets slutskede.
5. SOU 1995:5 Vårdens svåra val.
6. SOU 2001:6 Döden angår oss alla – värdig vård i livets slut.
7. Information från läkemedelsverket 2010;6:14-26
8. Socialstyrelsen, Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. 2011 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18390/2011-6-39.pdf>
9. Socialstyrelsen, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. 2012 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18735/2012-6-17.pdf>
10. Socialstyrelsen, Översyn av läkarnas specialitetsindelning. 2012 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18797/2012-7-9.pdf>
11. Svensk läroplan i palliativ medicin, 2001. <http://www.slf.se/upload/Intresseforeningar/SFPM/l%C3%A4roplan.pdf>
12. Nordic specialist course in palliative medicine [citerat 12/11 2012] <http://www.nscpm.org/>
13. Svenska palliativregistret [citerat 12/11 2012] <http://palliativ.se/>
14. Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012-2014 http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP_Palliativv%C3%A5rd_2012_final.pdf
15. Strang P, Beck-Friis B. Palliativ medicin och vård. Stockholm: Liber AB; 2012
16. Eklund-Grönberg A, Köhler M, Ekdahl A, et al. Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen* 2009;106:2512-13
17. WHO. Palliative care for older people: better practices. 2011 <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=UsdZAJEA5F1%3d&tabid=289>
18. Socialstyrelsens termbank, 2012 <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>
19. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42
20. Kelley AS, Meier DE. Palliative care - a shifting paradigm. *N Engl J Med* 2010;363:781-2
21. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010;341:c4863
22. Milberg A, Wählberg R, Jakobsson M, et al. What is a secure base when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology* 2012;21:886-895
23. Ternstedt BM. Forskning som speglar vården i livets slutskede. Socialstyrelsen 2007 http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9185/2007-123-13_200712313.pdf



18th Nordic Congress of General Practice

Tampere, Finland , 21-24 August 2013



PROMOTING PARTNERSHIP WITH OUR PATIENTS

- A challenge and a chance for primary care

Deadline for Abstracts is 10 March 2013.

www.nordicGP2013.fi



Kom till Tammerforshuset i augusti 2013!

Den 18:e Nordiska kongressen i allmänmedicin äger rum 21–24 augusti 2013 i Tammerfors, Finland. Tammerfors (Tampere) är Nordens största inlandsstad och ligger på ett näs mellan två stora sjöar. Evenemanget hålls i Tammerforshuset, som är ett modern kongresscenter, inom promenadavstånd från centrum och hotell.

Rubriken för kongressen är *"Promoting partnership with our patients – a challenge and a chance for primary care"*. Temat patientbaserad hälsovård är aktuellt i hela Euroopa. Talarna kommer från Belgien, Norge, Storbritannien och Finland. Deras presentationer hittar du redan nu på kongressens webbsida (www.nordicGP2013.fi).

Det har kommit många förslag till workshops och symposieprogram. Programmet blir mångsidigt och intressant – såväl ur det kliniska arbetets och skolningens som ur vetenskapens synvinkel. Deadline för abstrakt är 10.3.2013.

Det finns en egen programdel för dem som specialiserar sig inom allmänmedicin. Där har man möjlighet att träffa kollegor i samma karriärskede, få information om situationen i andra länder samt skapa nya kontakter. Läkare under specialistutbildning får rabatt på deltagaravgiften.

Det är möjligt att följa kongressens förberedelser på webbsidan. Registreringssidan öppnas i december och den förmånligare deltagaravgiften är giltig ända till 15/4-2013.

Vi ses i Tammerfors i augusti!

Elise Kosunen

Professor, Tammerfors universitet
elise.kosunen@uta.fi



Lider du av klimatångest?

Sök stöd hos Läkare för Miljön!

www.lakareformiljon.se

Annons



Fortbildning är mer än att åka på kurs

Som nybliven allmänläkare åkte jag ibland på kurs för att fylla på mina kunskaper. Det fanns massor av kurser att välja på, inte minst från läkemedelsföretagen. Det första jag gjorde med en inbjudan var att se efter på vilka datum kursen gick och om det var möjligt att ta ledigt då. Sedan tog jag reda på ämnet för kursen. Om det verkade roligt och handlade om något jag redan kände mig hemma på (jag ville ju inte verka okunnig inför andra kursdeltagare), bestämde jag mig för att åka.

Därefter bad jag chefen underteckna blanketten "Ansökan om ledighet för utbildning" med dess tre kopior. Då han var en omtänksam chef tyckte han för det mesta att jag hade gjort mig förtjänt av att åka bort några dagar för utbildning förutsatt att det inte rädde sparbetning, för då var det förbjudet att åka på kurs.

Även idag åker vi på kurs, men det har hänt mycket under de senaste tjugo åren. Numera heter det inte utbildning, utan fortbildning eller, med en bättre beteckning, kontinuerlig professionell utveckling. Och det är precis vad det handlar om – oavbruten professionell utveckling, ett livslångt lärande. Ett lärande som utgår från den egna vardagen med dess dagliga uppgifter och problem, inte från den vetenskap som lagrats i universitetens bibliotek eller som predikas från talarstolar av kunniga experter. Jag påstår inte att faktakunskaper kan undvaras, men de är relevanta bara i den mån de utgår från min egen verksamhet.

Det temanummer du nu håller i din hand innehåller olika aspekter på allmänmedicinsk fortbildning. Börja gärna med att läsa pionjärerna *Jonas Sjögrens* och *Ulf Måwes* berättelse på sidan 17 om hur SFAM drivit fortbildningsfrågor sedan 90-talet.

Att läkare av sig själva bedriver sjukvård på bästa sätt har hittills tagits för givet, men den inställningen har nu

börjat ifrågasättas. Vid årsskiftet införs revalidering i Storbritannien, en ganska tungrodd modell avsedd att garantera att läkarnas kompetens. Norska allmänläkare har under många år haft ett poängbaserat recertifieringssystem som du kan läsa om på sidan 39.

Christer Peterssons artikel på sidan 20 om lärande som tändande av en eld är central i detta sammanhang. Genom att vara nyfiken och ödmjuk inför all kunskap och genom att reflektera tillsammans med kollegor blir vi kunniga praktiker med gott omdöme.

Men det återstår ännu mycket att göra. *Turid Stenhaugen*, som står bakom Läkärförbundets fortbildningsenkäter, tvingas tyvärr konstatera att tiden för läkarnas fortbildning minskar och att allmänmedicinen ligger sämst till av alla specialiteter (sidan 23).

Andreas Thörneby redovisar på sidan 24 resultatet av en genomgång av landets vårdvalsdokument och konstaterar att de flesta saknar krav på fortbildning trots att allt annat är reglerat i minsta detalj.

Vad SFAM anser det bör stå i ett vårdvalsdokument kan du läsa på sidan 32. Där finner du SFAM:s Golden Standard för fortbildning i vårdval med råd till beställare.

Den som frågar sig om fortbildning verkligen kan förbättra vården bör läsa *Anna Kiesslings* artikel på sidan 25. I en studie visar hon att dödligheten i hjärt-kärlsjukdom minskade med 20 procent när allmänläkare deltar i case-based training.

Vad vet politiker och andra makthavare om vår fortbildning? På sidan 31 får du veta vad *Lars-Erik Holm* på Socialstyrelsen tycker om recertifiering. Lägg särskilt på minnet vad *Anders W Jonsson*, barnläkare och vice partiledare för centern säger om hur han vill säkra vår kompetens.

På sidan 40 möter du *Ingmar Lönqvist* och KursDoktorn. Nästa år presenterar

SFAM:s utbildningsråd

Gösta Eliasson, Falkenberg (ordförande)
Andreas Thörneby, Kinna
Anna Beck, Kalix
Anna Drake, Stockholm
Cecilia Palmund, Kristianstad
Clemens Finkch, Värnamo
Jana Risk, Östersund
Maria Wolf, Stockholm

Samtliga medlemmar i rådet har bidragit med idéer och material till detta temanummer.

Läs mer om utbildningsrådet i *AllmänMedicin* 1/2012.

man den första "kurs-appen" för laboratoriediagnostik.

Ove Andersson, DLF:s ordförande, påpekar på sidan 43 vikten av att göra upp om fortbildningen när man söker en tjänst.

Temanumret avslutas med en humanistisk pendang, en reflektion över hur det skulle vara att byta ut sitt huvud mot någon annans, skriven av *Merete Mazzarella*, idéhistoriker och hedersmedlem i SFAM (sidan 45).

Jag hoppas att detta temanummer ska ge dig hjälp att skapa bra förutsättningar för din fortbildning. Jag hoppas också på fortsatt debatt. Dagens fortbildning är så ofantligt mycket mer än att åka på kurs!



Gösta Eliasson
ordförande SFAM:s utbildningsråd
gosta.eliaasson@sfam.se



etik
EVIDENS

SIFAM
STOCKHOLM

har den stora glädjen att inbjuda
Sveriges allmänläkarkår till

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2013

15 – 17/5 2013 • Stockholm

Etik & Evidens

–

Utmaningar i allmänläkarens vardag

Är etik och evidens nödvändiga antagonister?
Eller kanske två sidor av samma mynt?
Vi utforskar gränslandet där de två möts:
på våra mottagningar, i vår vardag.

Mer information kommer under hösten och vintern
på www.sfamstockholm.se

VÄLKOMNA!



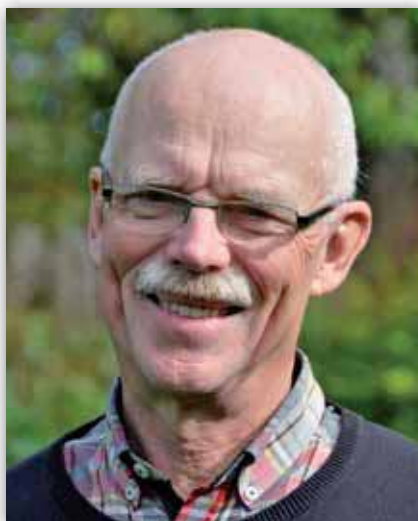
SFAM och fortbildningen – en (I)ärörrik historia

På 90-talet utformande och sjösatte SFAM ett nytt och unikt fortbildningssystem för alla allmänläkare i Sverige. Trots ett gediget förankringsarbete och massivt stöd från professionen kapsejsade hela projektet på sin jungfrutur. Denna historia kan vi idag dra lärdomar av genom att identifiera vilka hinder och motkrafter som fanns då. Situationen idag är likartad. Det finns tydliga paralleller till aktuella diskussioner på SFAM:s mailgrupp "Ordbyte" om marginalisering av professionen och om "mätningshysteri" som medel för kontroll och styrning.

Historiskt sett har fortbildning för allmänläkare varit eftersatt. Många allmänläkare saknade mer eller mindre allt planerat lärande. Den fortbildning som fanns var traditionella kurser som organiserades av andra än allmänläkare och med andra perspektiv och motiv än våra egna. Fortbildningen var också i stor utsträckning beroende av stöd från läkemedelsindustrin.

Målet för SFAM:s satsning på 90-talet var att skapa ett innehåll i fortbildningen i överensstämmelse med modern pedagogik där det finns en naturlig koppling mellan fortbildning, kvalitetsarbete och vardagens praktik (1). *Allt lärande skulle ske av, med och för den enskilde allmänläkaren.* Utmaningen låg också i att förankra och implementera idéerna bland alla allmänläkare och att få uppdragsgivarnas gillande och konkreta stöd.

Riktlinjerna för SFAM:s kommande fortbildningsprojekt drogs upp vid årsmötet 1991. Året därpå anställdes en enmansutredare, som finansierades med en höjning av medlemsavgiften med 200 kronor. Genom ett systematiskt nätverksarbete samlades synpunkter in från allmänläkare runt om i landet.



Jonas Sjögreen och Ulf Måwe:

Vad kunde SFAM ha gjort annorlunda?

Andra kontaktrådar skapades med Irland, England, Holland, Norge och Danmark. Under resans gång involverades också Socialdepartementet, Landstingförbundet (nuvarande SKL), SPRI (Statens Planerings och Rationaliseringsinstitut, numera nedlagt), WONCA (världsorganisationen för allmänläkare), enskilda landsting, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund, Apoteksbolaget, läkemedelsindustrin med flera. I en rapport 1993 (2) presenterades de viktigaste förslagen:

- Fortbildning är ett "etiskt imperativ" där allmänläkaren har ett eget ansvar att själv upprätta en utbildningsplan i dialog med sina kollegor med 5 års framförhållning.
- Fortbildningen skall ha en koppling till den egna kliniska verksamheten och vara en del i kvalitetssäkringen av det egna arbetet.

- Ett poängberäkningssystem föreslogs där deltagande i kollegial FQ-grupp, enskilda studier, mentorskap och kurser kan ingå.
- Ekonomiska incitament för fullgjord fortbildning/kvalitetssäkring bör införas.
- Långsiktig finansiering av fortbildningen måste säkerställas.
- Ett allmänmedicinskt institut som stöd för fortbildningen och kvalitetsutvecklingen skall inrättas.
- Lokala SFAM-föreningar som stöd skall startas i hela landet.

SFAM lyckades utverka projektpengar, sammanlagt cirka fem miljoner kronor under loppet av fyra år, för genomförandet av planerna i projektform. Genom en intensiv aktivitet med lokala möten och flera initiativseminarier blev ett stort antal allmänläkare från alla delar inom





Senare deltog även dåvarande socialminister Margot Wallström aktivt i projektet, bland annat genom medsittning hos en allmänläkare. Hon beskrev denna upplevelse som att "ha träffat en kaospilot".



landet engagerade i projektet. Samtidigt inleddes kontakter med andra intressenter och en rad konkreta resultat uppnåddes (faktaruta). SFAM lyckades få stor uppmärksamhet runt projektet, bland annat genom en omfattande artikelserie i Läkartidningen (3).

Fortbildningsprojektet presenterades på bred front i december 1995 under rubriken "Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden". Senare deltog även dåvarande socialminister Margot Wallström aktivt i projektet, bland annat genom medsittning hos en allmänläkare. Hon beskrev denna upplevelse som att "ha träffat en kaospilot". Som ytterligare manifestation och som internationell avstämning arrangerade SFAM en WONCA-kongress i Stockholm 1996 med temat kontinuerlig fortbildning, på den tiden kallat CME (Continuous Medical Education).

Efter dessa framgångar gjorde SFAM ytterligare framställningar för att erhålla en permanent finansiering av allmänläkarnas fortbildning, men lyckades inte vinna gehör hos de närmast berörda, dvs. landstingen och dåvarande Landstingsförbundet.

Därför uppvaktade SFAM socialminister Lars Enqvist direkt då han tillträdde. Nytt hopp tändes då han lade fram den Nationella handlingsplanen år 2000 med en vision om att alla invånare skulle ha en personlig läkare med specialistkompetens i allmänmedicin. Det visade sig emellertid att hans satsning med 9 miljarder kronor på primärvården, insparade på nedrustningen av försvaret, de så kallade "kanonpengarna", blev skjutna rakt in i landstingens svarta budgethål. I stället för ett allmänmedicinskt självständigt institut blev det 2002 ett Familjemedicinskt institut, FAMMI, avsett för alla professioner i primärvården och under SKL:s kontroll. FAMMI lades ned 2006.



SFAM:s idoga arbete med fortbildning fortsätter, men nu enbart med hjälp av medlemsmedel.

Vilka är de verkliga makthavarna? Vad driver dem? Varför ser de inte det vi ser? Vad kunde SFAM ha gjort annorlunda?

Jonas Sjögren

Västerås

jonas.sjogreen@ptj.se

Ulf Måwe

Umeå

Resultat av SFAM:s fortbildningsprojekt 1991–1998

- SFAM:s sekretariat för fortbildning inrättas med lokaler på Svenska Läkaresällskapet
- Lokala SFAM-föreningar startas i hela landet, en ökning från 2 till 26
- En fortbildningsenkät till 4 500 allmänläkare med svarsfrekvens på drygt 70% (4)
- SFAM:s medlemstal ökar med 250 personer
- 82 fortbildningssamordnare utbildas
- 230 FQ-grupper med cirka 1000 allmänläkare är igång med verksamhet (5)
- Rådet för läkemedelsterapi, SFAM-L, bildas
- SFAM-Q har förankrat kvalitetsfrågor i professionen
- Allmänläkarkonsulter finns på många sjukhus
- Ett kursutvärderingsråd ger årligen ut Fortbildningskatalogen
- 600 allmänläkare har prövat på fortbildningsplaner
- "Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog – ASK" ger nya former av fortbildning.
- Skriften "Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden" ges ut (6)
- Rapporten "Levande allmänläkare" ges ut
- SFAM skapar en egen hemsida



Citat från SFAMs fortbildningsprojekt 1991–1998

”Detta innebär, att allmänläkaren i kontakten med patienten, som hon i de flesta fall känner väl, har förutsättningar att initiera rätt åtgärd för rätt patient vid rätt tidpunkt.”

Allmänläkare i ”Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden” sid 2.

”Den prioritering som sker genom allmänläkarnas ordinationer av läkemedel, diagnostiska åtgärder, remitteringar samt intyg om sjukpenning och pension bestämmer en stor del av sjukvårdens kostnader och kvalitet. Det är därför ett starkt skäl för myndigheterna att satsa på allmänläkarnas efterutbildning.”

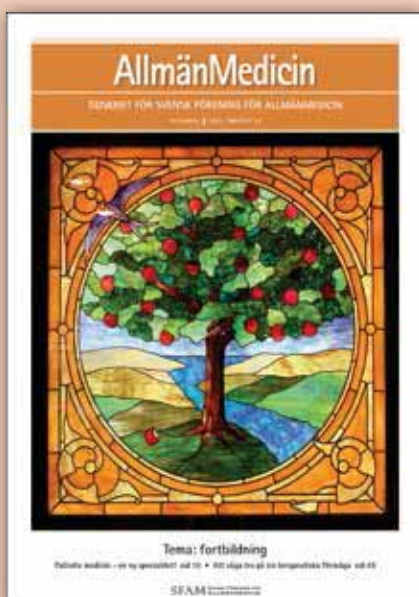
Allmänläkare i Läkartidningen 1994, nr 17.

”Kvalitetssäkring är således en metod att stimulera verksamheten till att producera god kvalitet, det är inte en kontrollmetod för landstingen och Socialstyrelsen.”

Allmänläkare i ”Utredning om allmänläkares efterutbildning” sid 25.

Referenser

1. Sjönell G. Allmänläkares efterutbildning. Rapport från arbetsgrupp. Allmänmedicin 1991;12(6):27-8
2. Måwe U (red). Utredning om allmänläkares fortbildning. Allmänmedicin 1993;(1)
3. Allmänläkares efterutbildning. Artikelserie. Läkartidningen 1994;(13)-(17)
4. Andersson D et al. Vad tycker allmänläkarna om sin fortbildning? Resultatet från en landsomfattande enkät. Allmänmedicin 1994;14(6):272-6
5. Rudebeck CE (red). Grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling. SPRI Rapport 428. Stockholm: SPRI; 1996
6. Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden. Individuell fortbildning-kvalitetssäkring-FQ-grupp-mentor/partnerskap. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 1995



VI SÖKER OMSLAGSBILDER!

Har du några bra bilder liggande? Eller vill du ut och fotografera, teckna eller måla? Härmed utlyses en tävling om bästa omslagsbilden.

Motivet bör på något sätt anknyta till allmänmedicinens innehåll. Skicka gärna med en kort beskrivande text, och kanske några ord om dig själv.

Alla bilder behöver vara så högupplösta som möjligt för att bli bra i tryck och helst i stående format. Genom att skicka in din bild godkänner du att den publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som elektroniskt på SFAM:s hemsida www.sfam.se.

För övrigt anser sig redaktionen sitta inne med hela makten. Priset är än så länge okänt.



Att tända en eld eller fylla en pärm

Om kunskap och livslångt lärande

Kunskapen är bottenlös! Jag tänker tanken, under oktobernattens höga stjärnhimmel, där Vintergatan stryker förbi och strör sitt stoft mellan några välkända stjärnbilder, som mitt obeväpnade öga kan identifiera: Karlavagnen, Orion, Cassiopeja, Plejaderna. Det ger mig viss hemkänsla i kosmos. Så tar jag kikaren och plötsligt är bilden en annan: tusentals nya stjärnor, inga kända mönster. Sedan tubkikaren och ytterligare stjärnhopar visar sig, alla okända för mig. Astronomerna känner de flesta, men också deras instrument har begränsad räckvidd.

Stjärnhimlen är bottenlös precis som kunskapen. Svindel och förundran! Och blicken behöver inte söka sig så långt bort. Det räcker med att titta på vanliga sjukdomar som förkylning, hjärtsvikt, astma och bensår eller på vad som sker i de dagliga konsultationerna. Varje litet område är bottenlöst för den nyfikne sökaren. Varje besvarad fråga öppnar för tio nya. Upptäcktsfärden tar aldrig slut: "Den som är framme har lång väg att gå" säger Tomas Tranströmer uppfordrande och hoppfullt i en dikt. Det finns alltid mer att veta och ibland måste vi möblera om helt i kunskapens mest intima rum. Och det är som det ska!

Det här kan låta som en lovsång till superspecialistens smala kunskapssökande, men det gäller i lika hög grad för oss generalister, även om vår uppgift delvis är en annan. Vi behöver kunskap på bredden och där bör vi inte tävla på detaljnivå med den enskilde subspecialisten. Vår uppgift är att lyssna, ställa frågor, definiera problem, sammanfatta och låta detaljer och fakta knytas till *bestämda personer* för att bli användbara. Och tillsammans med *just den bestämda personen/patienten* sätta upp mål för utredning och behandling. För oss måste all kunskap vara personligt färgad eftersom vi alltid

har att göra med levande människor med bestämda livshistorier, konkreta lidanden och farhågor för framtiden.

" Det finns ingen 'best practice' när det gäller lärande. "

Janet Grant

Djup och detalj

Ian McWhinney (1) uppmanar oss att inte förväxla djup och detalj i kunnandet. Specialistens omfattande detaljkunskaper kan vara helt förgäves om det personliga djupet saknas. Som generalister lägger vi ett pussel, där vi kan låta olika specialister hjälpa oss med de enskilda pusselbitarna, men vi måste själva vara med och lägga samman bitarna. En grundförutsättning för framgångsrikt pusslande är ett förtroendefullt samspel med patienten.

Detta låter sig sägas, men är det möjligt i praktiken? Skisserar jag inte bara en kvävande tung utopi, som det är dags att befria sig ifrån? Det är alldeles uppenbart att den gode generalisten måste gå i *livslångt lärande* och bedriva ständigt *faktasamlade*. Men det har inget med kvävning att göra, snarare med frihet och möjlighet.

CPD

Det finns spaltkilometrar skrivet om livslångt lärande under förkortningen CPD (Continuing Professional Development), och jag har själv inte har mycket att tillägga på den formella fronten. Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet publicerade 2011 en gemensam skrift, *Fortbildning för läkare*, med anknytning till begreppet CPD (2).

Lär man sig bäst ensam eller i grupp? Hur ska kunskap och kompetens do-

kumenteras, kontrolleras och värderas? Vad är rimliga kompetenskrav för att få arbeta som allmänmedicinare i Sverige efter erhållen specialistkompetens? Ska vi under hela yrkeslivet fortlöpande samla utbildningspoäng, som kan redovisas inför recertifiering med vissa bestämda intervall, eller ska vi rentav kunskapstestas då och då för att inte förslappas i vårt kunskapssökande och därmed bli farligt okunniga?

Alla de här frågorna är viktiga. Det finns ett behov av ordning och reda, men alltför många regler och förordningar kan hämma det lustfyllda kunskapssökandet. Min egen utgångspunkt är just det lustfyllda. Vi är inte tomma kärl eller pärmar som ska fyllas med färdigförpackade kunskapspaket och kursbevis. Vi är små eldar som tillsammans ska lysa upp okunskapens mörker omkring oss.

Det ena inte bättre än det andra?

Därför känner jag starkt för Janet Grant, professor i medicinsk pedagogik och ledande forskare om CPD (3). I en intervju säger hon att läkaren själv vet bäst vilken kunskap hon/han behöver och att lärostilen är väldigt individuell. En del föredrar katedrala föreläsningar, andra interaktiva work-shops. Enligt Grant finns det ingen evidens för att det ena skulle vara bättre än det andra. Det finns ingen "best practice" när det gäller lärande (4). Vidare menar hon att vi läkare ska passa oss för formellt poängsamlade eftersom poängen lätt blir till verktyg i händerna på administratörer och politiker för att bedöma oss på kanske tvivelaktiga grunder, istället för att gynna den professionella utvecklingen (4, 5). Det går inte att mäta effekten av specifik fortbildning gentemot patientnyttan (4).

Jag tar Grants ord som intäkt för att hävda att den enskilda kollegans lust, läggning, nyfikenhet och målmedveten-



het är avgörande. Men lust och nyfikenhet är inga konstanta fenomen. De växlar med tiden och de kan näras eller kvävas av de villkor man arbetar under. Enstaka kollegor kan hålla nyfikenheten levande under nästan omöjliga förhållanden, men för de flesta av oss gäller att vi måste ha tid och utrymme för fortbildning. Här några punkter av betydelse för det livslånga lärandet:

Det kollegiala samtalet och reflektionen

Det talas mycket om att vi måste reflektera kring vårt arbete, vår yrkesroll m.m., men vad betyder det, och hur gör vi när vi reflekterar? Jag tror inte att man kommer långt genom att sitta på sin egen kammare och tänka. Om man skriver ner sina tankar når man längre. Då uppstår en slags dialog, som är en förutsättning för den professionella reflektionen, som i normalfallet kräver kollegor att spegla sig emot. I en bra kollegial grupp kan man dela alla slags erfarenheter: patientfall, synpunkter på och upprättande av lokala rutiner för handläggning av vanliga sjukdomar. Man kan diskutera kvalitet, föra kritiska diskussioner kring lästa artiklar och problematiska patientmöten. På den enskilda vårdcentralen handlar det om att avsätta tid för detta, *minst en timma i veckan* och att man har en *ansvarig*, som ser till att det finns underlag för samtal och reflektion. Ibland är det viktigt att möten av det här slaget resulterar i beslut och handling, men samtalet i sig har alltid ett värde. I ett läge, när vi sällan har läkare som chefer, kan den kollegiala gruppen få ännu större betydelse för att värna den medicinska kvaliteten.

Några engelska forskare, Gabbay och le May, har studerat en av Englands allra högst rankande vårdcentraler vad gäller vårdkvalitet (6, 7). Man var intresserad av hur kollegorna där använde olika kunskapskällor, guidelines, nätinformation mm. Till sin förvåning fann man att läkarna på vårdcentralen i mycket liten utsträckning använde sig av nätet, handböcker, aktuella guidelines eller motsvarande under arbetsdagens lopp. I stället förlitade man sig på andra kollegors råd och kunnande, ansedda auktoriteter av olika slag, tidigare lästa artiklar, erfaren-

heter från tidigare patientmöten. Det kollegiala samtalet och stödet hade oerhörd stor betydelse för den professionella excellensen på en av Englands allra bästa vårdcentraler.

Man kan lära mycket av Gabbays och le Mays artiklar, inte minst att praktisk medicin arbetar med många olika kunskapskällor. Detta faktum uppmuntrar oss till att använda den egna vardagliga erfarenheten som bas och filtrera den genom kollegors kunskaper och litteraturens budskap.

Inom allmänmedicinen i Sverige har vi också andra viktiga utbildningsgrupper, där kollegor från olika arbetsplatser träffas för att utbyta erfarenheter eller ta del av nya rön. Jag tänker på våra FQ-grupper och Balintgrupper. Alla kan inte delta i allt. Viktigast är att man strävar efter närvaro och engagemang i den grupp man valt och att kommunikationen och den enskilde patienten står i fokus för gruppens kunskapsökande.

Eget läsande och extern utbildning

Tidskrifter, böcker, EBM-dokument, sajter på nätet, vissa nationella riktlinjer – utbudet är oerhördt. Det är bra om viss del av denna läsning kan ske under arbetstid, men jag är övertygad om att även fritiden måste tas i anspråk. Någon eller några timmars läsning av medicinsk litteratur per vecka under fritiden är rimligt! Här finns inte utrymme för konkreta läsråd, men som allmänläkare i Sverige anser jag själv att det är svårt att klara sig utan *Läkartidningen*, *AllmänMedicin* och *Distriktsläkaren*.

För att inte fastna i det lokala och provinsiella behöver vi också komma ut på kurser och träffa andra. Läkarsällskapets årliga *riksstämma* är ett utmärkt tillfälle att bredda sina kunskaper och träffa kollegor från andra specialiteter. *SFAMs* årliga kongress borde vara en självklar mötesplats för alla allmänmedicinare. Där finns våra specifika frågor presenterade i föreläsningar, seminarier, work-shops och inte minst möjligheten att möta kollegor från alla delar av landet. Det mesta jag själv lärt om svensk allmänmedicin och primärvård kommer nog från informella samtal under *SFAM*-mötena.

Slutsatser

Allmänmedicinsk fortbildning syftar till att göra oss till bättre kliniker. För att nå det målet måste vi kunna hantera medicinsk evidens och samtidigt kunna kritiskt granska dess roll i vårt arbete med den enskilda patienten. En ännu viktigare dimension i vår professionella utveckling är att utveckla *det goda omdömet*. Detta är möjligt endast i samspel med patienter och kollegor i den egna praktiken. Omdömet har med det partikulära att göra, dvs. det tar sin utgångspunkt i det enskilda fallet. Därför är kliniska exempel och patientberättelser en självklar utgångspunkt för vårt livslånga lärande. Det kräver en del arbete, men för den som behåller ett öppet sinne är det nästan alltid lustfyllt. Slutligen: Hur mycket vi än anstränger oss kommer vi att förbli *kvalificerade nybörjare*. Mycket finare kan det inte bli.



Christer Petersson

Med.dr., FoU Kronoberg, Växjö
christer.petersson@ltkronoberg.se

Referenser

1. McWhinney IR. Familjemedicin. Lund: Studentlitteratur; 2004.
2. Fortbildning för läkare. Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkarsällskapet; 2011 <http://www.sls.se/Global/cpd/cpd2011.pdf>
3. Grant JR. Managed continuing professional development: the evidence and the context. I: Fortbildning för läkare, Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkarsällskapet; 2011 <http://www.sls.se/Global/cpd/cpd2011.pdf>: 8-13.
4. Bark C. Läkaren vet bäst själv visar forskningen. Intervju med Janet Grant. Sjukhusläkaren 3/2012:36-39.
5. Grant JR. Changing postgraduate medical education: a commentary from the United Kingdom. Med J Austy 2007 Apr 2;186:9-13.
6. Gabbay J, Le May A. Practice-based evidence for healthcare: clinical mindlines. London: Routledge; 2011.
7. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ 2004 Oct 30;329(7473):1013.

Annons



Läkarförbundet och fortbildningen

“Läkarförbundet har följt utvecklingen med oro och ser fortbildningsfrågan som en av de högst prioriterade...”

Läkarförbundet har sedan 2004 genomfört en årlig fortbildningsenkät. Resultaten visar en negativ utveckling för alla läkare under de senaste åren. Deltagandet i externa utbildningar har sjunkit med cirka 20 procent. Läkarförbundet har följt utvecklingen med oro och ser fortbildningsfrågan som en av de högst prioriterade frågorna för de kommande åren.

Det är oroväckande att allmänläkarna kontinuerligt är den specialistgrupp som haft sämst resultat när det gäller extern fortbildning. Enligt 2010 års enkät hade allmänläkarna i genomsnitt 5,3 dagar per år, jämfört med 7,4 dagar för hela läkargruppen. Bristen på allmänläkare är en möjlig orsak, men bidragande är troligen också de vårdvalssystem som starkt premierar tillgänglighet och hög täckningsgrad. Kompetensutveckling blir bortprioriterat, inte som ett påbud från chefer, utan som en anpassning för att kunna hantera det dagliga kliniska arbetet.

Hur ska denna utveckling vändas? Generellt kan sägas att utformning av läkarnas fortbildning hittills mest varit en angelägenhet för den egna professionen, utan riktlinjer och utan uppföljning. Det framgår av Läkarförbundets fortbildningsenkät att det finns ett tydligt samband mellan mindre struktur och lägre deltagande i fortbildning. Det var också den slutsats man enades om under den fortbildningskonferens som Läkar-

Turid Stenhaugen, Läkarförbundet:
Norska modellen med CME-poäng kan vara något för oss!

förbundet arrangerade den 14 mars i år, där SKL, Socialstyrelsen, Läkaresällskapet och andra viktiga intressentgrupper deltog. Detta har lett fram till ett möte om fortbildningsfrågor mellan Läkarförbundet och SKL.

För ST-läkare finns en tydlig struktur med en föreskrift för hur deras kompetensutveckling ska vara upplagd, med krav på att kvaliteten i utbildningen ska följas upp genom en inspektionsverksamhet. Denna modell kan mycket väl stå som förebild även för specialister. Läkarförbundet har också under ett flertal år fört fram att fortbildning bör inspekteras på liknandesätt som SPUR inspektioner för ST/AT. En modell för fortbildnings-SPUR har tagits fram och ska snart börja testas i liten skala.

Frågan om CME-poäng har åter blivit aktuell. Läkarförbundet och Läkaresällskapet tog tidigare avstånd från modeller med CME-poäng därför att dessa i de flesta länder varit fokuserade enbart på deltagande i kurser och konferenser. Det finns dock andra CME-modeller, exempelvis den som gäller för norska



allmänläkare, där andra utbildningsformer ingår, t ex smågruppsdiskussioner. Öppna jämförelser av fortbildning är en form av uppföljning där verksamheter jämförs med varandra med hjälp av nyckeltal, vilka bland annat kan avspegla den tid som avsätts för fortbildning.

Läkarförbundet arbetar aktivt i dialog med arbetsgivaren och andra intressenter för att hitta bra former för en förbättrad fortbildning som följs upp kontinuerligt. Förutsättningarna för fortbildning skiljer sig åt, vilket gör att olika modeller kan behöva användas och kombineras i olika verksamheter.

Turid Stenhaugen
Utredare avdelning Politik och Profession
Läkarförbundet



Vårdvalet har missat fortbildningen

"I 15 av 21 landsting och regioner fanns inga konkreta krav på läkarnas fortbildning"

Sedan 2010 har Sverige haft ett obligatoriskt värddvalssystem med krav på tydliga avtal om ersättningar, vårdinnehåll, kvalitet och uppföljning. Detta har inneburit en möjlighet för beställare att i värddvalsdokumenterna även skriva in specificerade krav på fortbildning.

Mot denna bakgrund gjorde SFAMs fortbildningsråd våren 2011 en kartläggning av vilka kompetens- och fortbildningskrav som regioner och landsting ställer för de vårdenheter man ingår avtal med, samt hur uppföljning sker. Vi gick igenom kravböcker och andra styrdokument från samtliga regioner och landsting. Representanter för varje regions/landstings värddvalskansli eller motsvarande erbjöds sedan möjlighet att komplettera den information vi fick fram.

I majoriteten av fallen angavs att vårdenheterna "skall tillse att personalen har för uppdraget adekvat utbildning och kompetens och får den kompetensutveckling som erfordras" eller liknande formulering. Majoriteten av landstingen var i sina styrdokument tydliga med att ansvaret för personalens kompetens och fortbildning ligger hos verksamheten.

I 15 av 21 landsting och regioner fanns inga konkreta krav på läkarnas fortbildning. I fyra fall fanns allmänt hållna men ospecifika krav vad gällde innehåll och omfattning. Undantag var Gävleborg



Andreas Thörneby, SFAM:s fortbildningsråd:

Fortbildning måste finnas med i värddvalsdokumenterna!

och Kalmar. Gävleborgs dokument angav som riktlinje att 5 procent av arbetstiden bör avsättas för kompetensutveckling. Kalmar påbjöd, genom hänvisning till separata skriftliga riktlinjer, extern utbildning 5 dagar per halvår, intern utbildning ca 4 timmar per månad samt att alla ordinarie läkare bör erbjudas plats i FQ-grupp.

I sju landsting/regioner omnämndes begreppen kompetens och/eller kompetensutveckling i samband med föreskrifter om uppföljning och utvärdering. I två av dessa landsting, Kalmar och Västman-

land, fanns en koppling till mätbara mål (förekomst av individuella fortbildningsplaner) och i Värmland fanns krav på årlig skriftlig redovisning av genomgångna utbildningar. I majoriteten av landsting/en/regionerna fanns alltså, såvitt vi kunnat se, ingen struktur för redovisning och uppföljning av vare sig kompetens eller kompetensutveckling. Kompetensutvecklingen för läkare tycks inte ha lyfts fram i samband med införandet av värddval trots att det här funnits en möjlighet. Orsaken kan, förutom avsaknad av kommunikation mellan profession och huvudmän, även vara avsaknad av policydokument och riktlinjer. Detta har inspirerat fortbildningsrådet att definiera den allmänmedicinska fortbildningens "Golden Standard".

Andreas Thörneby
Skene vårdcentral
Ledamot i SFAM:s fortbildningsråd
andreas@thorneby.se



Kan fortbildning rädda liv?

Anna Kiessling är universitetslektor, medicine doktor och specialist i kardiologi och internmedicin vid Karolinska institutet i Stockholm. År 2011 publicerade hon ett vetenskapligt arbete som påvisade signifikant lägre hjärt-kärlmortalitet vid 10-årsuppföljning av en grupp patienter som hade skötts av allmänläkare vilka deltagit i fallbaserade gruppdiskussioner. Resultatet väcker frågan om bättre fortbildning kan vara livräddande.

Traditionellt har fortbildning för läkare varit baserad på läsande av faktatexter och eller lyssnande på föreläsare med expertkunskap i ämnet. Alltså utbildning där den lärande är passiv mottagare av ett färdigt budskap. En Cochrane rapport 2009 (1) slår dock fast att det är osannolikt att den typen av fortbildning ensamt kan ha effekt på mer komplexa beteenden. Aktiverande pedagogik däremot, som till exempel case-metodik eller problembaserat lärande, kan ha potential att förändra beteende (1), i synnerhet om aktiviteten är individuellt anpassad och utgår från den lärandes behov i praktiken (2). Aktiverande pedagogik innebär att de lärande är aktiva deltagare som interagerar med varandra i sitt lärande.

Det är välkänt att praxisstudier i rutin-sjukvård, oavsett sjukdomsgrupp, brukar visa att följsamheten är låg till vetenskapligt grundade riktlinjer både i Sverige och internationellt, samt att det saknas kunskap om vilka implementeringsstrategier som ger önskad effekt (3, 4). Frågan är då hur man kan förändra praxis? Det har länge ansetts svårt att utvärdera effekter av fortbildning på patientnivå. Sverige har faktiskt varit föregångare och en studie i primärvården på Gotland visade effekter på förskrivningsmönster av psykofarmaka redan 1990 (5).

SPIK-studien – ett exempel på "livräddande" fortbildning

Jag genomförde tillsammans med professor Peter Henriksson en studie i slutet av 1990-talet som syftade till att avgöra om återkommande case-baserad utbildning



Anna Kiessling, forskare:

Det behövs en omprioritering mot mer utrymme för en reflekterande praktik

kunde leda till att deltagande allmänläkare i större utsträckning behandlade patienter med kranskärlssjukdom i enlighet med riktlinjerna.

SPIK-studien, SekundärPrevention vid Ischemisk hjärtsjukdom Kostnadsanalys, genomfördes som en randomiserad kontrollerad studie i primärvården i Södertäljeområdet. Ett nytt lokalt anpassat vårdprogram för sekundärprevention av patienter med kranskärlssjukdom presenterades på föreläsning och skickades per post till samtliga berörda läkare i området 1995. Allmänläkare och patienter grupperades i två balanserade grupper beroende på vårdcentralstillhörighet. Grupperna lottades sedan till kontrollgrupp respektive interventionsgrupp.

Allmänläkare i interventionsgruppen deltog i tre eller fyra återkommande case-baserade seminarier på sin vårdcentral under en två-årsperiod. Seminarierna

leddes av en lokalt känd specialist i kardiologi. Den aktiverande dialogen, som tog avstamp i realistiska patientfall, stimulerade till situationsanpassad problemlösning med fokus på beslutsfattande och arbetssätt: Vem gör Vad, Varför, När och Hur? Patienter som vid studiestart behandlades av specialist i internmedicin eller kardiologi fungerade som en intern specialistbehandlad kontrollgrupp.

Vi kunde visa att patienterna i interventionsgruppen signifikant sänkte sina kolesterolvärden och ökade sin användning av kolesterolsänkande läkemedel (6), och att utbildningsinsatsen var kostnadseffektiv (7).

År 2011 publicerade vi en tioårsuppföljning av studien (8) där tidpunkt för dödsfall och dödsorsak hämtades från dödsorsaksregistret. Efter tio år hade 22 procent av patienterna i interventionsgruppen avlidit jämfört med 44 procent i kontrollgruppen ($p = 0,02$). Denna skillnad förklarades till största delen av en minskad dödlighet i hjärtkärlsjukdom i interventionsgruppen ($p = 0,01$). Dödligheten hos patienterna i den primärvårdsbehandlade interventionsgruppen var jämförbar med den hos de specialistbehandlade patienterna (23 procent).



I en ledarkommentar till vår artikel påpekade dr. David Davis, en auktoritet inom det medicinskt-pedagogiska forskningsområdet, att våra resultat visar att fortlöpande utbildning av läkare har en viktig och nödvändig roll i all hälso- och sjukvård (9). Han uppmanar det medicinska samfundet att vidga sin definition av fortlöpande utbildning och tydligare förankra den i den kontext där de nya rönen ska användas.

Några tankar om fortbildning

Baserat på tillgänglig forskning och samlade erfarenheter skulle jag vilja lyfta fram två viktiga beståndsdelar för effektiv fortbildning:

- Fortbildningens utgångspunkt är **användbarhet i vardagen**, med dess förutsättningar och möjligheter. Om arbete i enlighet med de nya rönen medför att nya arbetssätt behöver implementeras i rutinvården så måste fortbildningen fokusera på hur det ska gå till i praktiken. Den lokala ledningens stöd är helt avgörande om mer omfattande förändringar krävs för att ändra förutsättningarna så att det blir möjligt att arbeta evidensbaserat.

- **Stimulera det kontinuerliga lärandet i vardagen.** För att uppnå en kontinuerlig professionell utveckling krävs mer än kurser, kongresser och beslutsstöd. Det behövs en omprioritering mot mer utrymme för en reflekterande praktik (10) där man ständigt individuellt och i dialog med kolleger analyserar och lär av de patienter man träffar. Att ständigt växla perspektiv både bakåt: Hur kom det sig att tillståndet blivit som det är? Och framåt: Tänkbare långtidseffekter av olika möjliga beslut i nuläget? Och sist men inte minst: Följa upp hur det gick sedan? – och lära av det. Nuvarande tolkning av patientdatalagen med begränsningar i läkares tillgång till patientinformation försvårar dock radikalt möjligheterna till att göra detta till en naturlig del av läkararbetet.

Anna Kiessling

Specialist i internmedicin och kardiologi,
medicine doktor, universitetslektor
Karolinska Institutet, Stockholm
anna.kiessling@ki.se

Referenser

1. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD003030.
2. Grant J. Learning needs assessment – assessing the need. *BMJ* 2002;324:156
3. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004 Feb;8(6):iii–iv, 1–72.
4. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group*. *BMJ* 1998 Aug15;317(7156):465–8.
5. Rutz W, von Knorring L, Wälinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82(6):399–403.
6. Kiessling A, Henriksson P. Efficacy of case method learning in general practice for secondary prevention in patients with coronary artery disease: randomised controlled study. *BMJ* 2002;325:877–80.
7. Kiessling A, Zethraeus N, Henriksson P. Cost of lipid lowering in patients with coronary artery disease by Case Method Learning. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21:2 (2005), 180–186
8. Kiessling A, Lewitt M, Henriksson P. Case-Based Training of Evidence-Based Clinical Practice in Primary Care and Decreased Mortality in Patients With Coronary Heart Disease. *Ann Fam Med* 2011;9:211–218. doi:10.1370/afm.1248.
9. Davis D. Can CME Save Lives? The Results of a Swedish, Evidence-Based Continuing Education Intervention. *Ann Fam Med* 2011;9:198–200.
10. Schön, DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Arena, 1995.

Hur fortbildning kan rädda liv: Gotlandsmodellen

Gotland hade under sextio- och sjuttio-talet höga självmordssiffror. 1983 inbjöds alla allmänläkare på Gotland till en tvådagarsutbildning om depressioner med en tvådagarsuppföljning året därpå. Alla nitton allmänläkare utom en deltog i kurserna. Budskapet var att distriktsläkare kan lära sig känna igen depressioner och behandla dem, och att de är tacksamma att behandla.

Man jämförde situationen före och efter och fann tydliga skillnader: Allmänläkarna skrev ut mer antidepressiva mediciner och mindre lugnade tabletter och sömnmedel. Sjukskrivningarna på grund av depression minskade, färre med depressioner behövde inläggning på sjukhus och de som behövde läggas in stannade kortare tid. Det mest drastiska var att självmorden minskade med en

tredjedel och var de lägsta i Sverige.

Minskningen av självmorden skedde framför allt bland kvinnor. Männerna sökte mer sällan sjukvården men många hade kontakt med polisen, missbruksvården, kronofogden och andra institutioner.

Vid slutet av åttiotalet hade effekten mattats av och självmordstalen ökade igen. Fem år efter kurserna hade hälften av distriktsläkarna bytts ut. Som psykiatrikern Wolfgang Rutz, initiativtagare och ledare för projektet uttryckte det: ”Alla glömmet vi saker efter ett tag; vi går andra kurser och andra frågor kommer i centrum.” Kurserna upprepades därför var tredje år. Självmorden minskade återigen och var bland de lägsta i Sverige. Särskilda insatser gjordes om hur man känner igen depression bland män.

I sin doktorshandling visade Wolfgang Rutz stora samhällsekonomiska vinster. De två tvådagarskurserna kostade totalt 400 000 kronor. Effekten under de tre första åren blev en samhällsekonomisk vinst på 155 miljoner kronor! Vinsten bestod i mindre sjukskrivningar, färre dagar på sjukhus men framför allt färre självmord, där vinsten i varje uteblivet dödsfall räknades enligt Trafiksäkerhetsverkets normer.

Erland Svenson

erland.svenson@gmail.com

Referenser:

- Zoltán Rihmer, Wolfgang Rutz, Hans Pihlgren. *Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners*. *J Affect Disord*. 1995 Dec 18;35(4):147–52.
- Miki Agerberg. *Ut ur mörkret. En bok om depressioner*. Studentlitteratur 2011.



Enligt Läkarförbundets enkäter minskar tiden för läkarnas fortbildning successivt.

Allmänläkarna ligger i botten med i genomsnitt 5,3 dagars extern fortbildning per år enligt 2010 års enkät. Av allmänläkarna avsätter hälften inte någon tid alls för intern fortbildning.

AllmänMedicin har frågat personer med inflytande över hälso- och sjukvården hur de ser på dessa siffror och vad de vill göra.

Anders W Jonsson – barnläkare och politiker



Anders W Jonsson, barnläkare, 1:e vice ordförande för Centerpartiet och ordförande för riksdagens socialutskott:

Att säkra primärvårdens kompetens är nästa steg efter vårdvalet!

fortbildning för att upprätthålla kompetens, och det är få verksamhetschefer som följer upp personalens kompetensutveckling. Inom andra branscher, revisionsbyråer t.ex., finns regler om uppföljning och både interna och externa kvalitetskontroller. Om man har så tuffa krav i branscher där det handlar om pengar, varför skulle då inte sjukvården kunna ha det när det handlar om liv eller död?

Varför bara primärvårdens kompetens?
Att jag framhåller primärvårdens behov framför slutenvårdens beror på svårigheterna att följa upp vårdkvalitet i primärvården. De flesta befintliga kvalitetsregister fungerar inte där. Ett sätt att kompensera för detta är att se till att säkra kompetensen för professionerna i primärvården.

Hur ser du på resultatet av Läkarförbundets fortbildningsenkät?

Bakom uppgifterna ligger ett hot om

sämre patientsäkerhet. Och jag är inte förvånad över att allmänläkarna ligger så dåligt till. Av egen erfarenhet vet jag att det är ganska lätt för en sjukhuskliniker att strukturera fortbildning och argumentera för utbildning. På en barnklinik måste det finnas en läkare som utvecklar spetskompetens inom perinatalområdet, till exempel. Den läkaren har ett fortbildningsansvar gentemot övriga läkare. I primärvården arbetar läkarna annorlunda, med ett brett sjukdomspanorama, och de är ensamma med patienterna. Dessutom saknas ofta planering och samordning av den utbildning som erbjuds. Därför tycker jag att vi måste börja ställa kompetenskrav och få till stånd fler typer av mätningar.

Vad bör man mäta?

Fortbildningsprocesser kan mätas, men resultatet är ännu viktigare. Det intressanta är ju inte hur många timmar fortbildning jag får, utan den kompetens jag uppnått. Jag tror också att det måste bli mindre av "fritt valt arbete" när det gäller läkares fortbildning. Som verksamhetschef på barnkliniken i Gävle kunde jag se en oerhörd skillnad på kvaliteten mellan de remisser som skickas från primärvården. Vi bjöd in alla distriktsläkare till fortbildning, men de som infann sig var de som redan hade goda kunskaper i pediatrik, de andra nådde vi inte.

Är du nöjd med utbildningsmöjligheterna i Vårdval Sverige?

Vårdval Sverige är en av de viktigaste strukturreformer vi haft på länge, och det finns ingen anledning att ändra på dess grundprinciper. Men jag skulle vilja gå ett steg till och se till att säkra primärvårdens kompetens.

Varför vill du göra det?

För att öka patientsäkerhet och vårdkvalitet måste Socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen bli bättre på att uppmärksamma brister i läkarnas fortbildning. I Sverige tycks vi utgå från att det är den enskilda läkarens ansvar att se till att få



Vilka resultatmätt tänker du på?

Vi mäter redan idag patientnöjdhet, och det kan utvidgas till enskilda läkare. Jag skulle gärna vilja ha en peer review-modell, även om den kan vara resurskrävande. Strukturerade journalgenomgångar är ett annat sätt att bedöma kompetens. Jag är inte heller främmande för praktiska och teoretiska prov.

Hur tycker du att SFAM ska agera för bättre fortbildning?

Reglering av fortbildning är ett helt nytt område och jag skulle gärna se att allmänläkarna går före och visar vägen. Varken

stat eller huvudmän kommer att trycka på allmänläkarna någon fortbildningsmodell. Om något ska hända krävs det att allmänläkarna är något så när eniga och att den professionella föreningen är på hugget och vill åstadkomma förändring. Då kan vi politiker hjälpa till att få det genomfört.

Det låter som en uppmaning till SFAM utveckla en modell för reglering av fortbildning?

Ja det är det, och vad ni än gör, lämna inte patientperspektivet! Även om fortbildning har en del med arbetsmiljön att

göra så tror jag det är omöjligt att komma någonstans om man driver frågan med fackliga förtecken.

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Göran Stiernstedt, SKL: En fortbildningsplan är viktig

Finns det gehör inom SKL för bristerna när det gäller fortbildningen för allmänläkare?

Ja absolut. Kompetensutveckling är en viktig fråga, men jag ställer inte upp på alla de resultat som Läkarförbundet presenterar. Dessutom finns det stora individuella och regionala skillnader. En del läkare ser till att få väldigt mycket fortbildning medan andra försummar den.

Varför tvivlar du på Läkarförbundets enkätresultat?

Därför att enkäten är utförd av den egna organisationen, och man kan inte utsluta att den undervärderar tillgången till fortbildning.

Då borde väl SKL göra egna uppföljningar?

Jag tycker att sjukvårdshuvudmännen borde titta närmare på det och ha bättre koll på volymen av fortbildningen.

Vad är orsaken till att SKL inte gjort några egna undersökningar?

SKL:s linje är att det alltid finns ett lokalt ledningsansvar där arbetsgivaren har till



uppgift att bidra med tid och resurser till kompetensutveckling. Men SKL:s arbetspolitiska avdelning har diskussioner bl.a. med landstingens personalchefer kring hur man skal kunna följa upp kompetensutvecklingen på ett bättre sätt, och eventuellt ta fram ett instrument. Dessutom kommer vi att ha ett gemensamt möte med Läkarförbundet om fortbildning.

Göran Stiernstedt, chef för avdelningen för vård och omsorg på SKL, Sveriges Kommuner och Landsting:

Jag köper inte Läkarförbundets siffror!

Enligt en genomgång av SFAM:s fortbildningsråd saknas specificerade krav på fortbildning i de flesta av de vårdvalsdokument som styr primärvården. Hur ser du på det?

Det finns naturligtvis en förbättringspotential i vårdvalsdokumenterna. Men SKL kan inte gå ut och rekommendera huvudmännen hur de ska sörja för personalens kompetensutveckling.

SFAM:s "Golden standard" ställer krav på att fortbildningsplaner används. Vad anser du om det?

En fortbildningsplan är viktig för den tydliggör ju behoven av fortbildning för att läkaren ska klara av sitt medicinska uppdrag. En annan viktig sak är



"Att diskutera tio dagar per år för extern fortbildning är inte alls ointressant..."

avvikelsehanteringen. Den kan identifiera personal med riskbeteende. Ibland hänger misstagen på bristande individkompetens. Då är arbetsgivaren skyldig att täppa till eventuella kunskapsluckor genom fortbildning.

I "Golden standard" sägs att tiden för extern fortbildning bör vara minst tio dagar per år. Håller du med om det?

Att diskutera tio dagar per år för extern fortbildning är inte alls ointressant, men det är en lokal fråga. Mitt intryck är trots allt att vi inte ligger så långt från idealet, åtminstone inte när det gäller sjukhusläkare. Allmänmedicinen har det nog sämre.

Beteckningen "specialist i allmänmedicin" kan innebära allt från en allmänläkare med fem års ST till en EU-läkare. Vet landsting och regioner vilken kompetens de får när de anställer?

SKL gillar inte att det finns olika kompetensnivåer och var motståndare till att vi tvingades godkänna och jämställa EU-

läkare med specialister i allmänmedicin. Till sist handlar det dock om individer, och då kan faktiskt en EU-läkare ibland vara lika bra som en specialist med fem års ST. Eftersom vi har brist på allmänläkare tror jag att landstingen hellre anställer en EU-läkare än lämnar en tjänst obesatt eller skaffar hyrläkare. Det är upp till enskilda huvudmän att avgöra om en läkare håller måttet. Upptäcks bristande kompetens hos en anställd är det arbetsgivarens skyldighet att få det åtgärdat.

Det pratas nu om att recertifiering skulle kunna förbättra fortbildningen. I Norge förlorar allmänläkarna sitt specialistbevis om de inte recertifierar sig. Är det något för Sverige?

Nej. Det låter väldigt repressivt. Jag tror mer på belöningsystem.

Hur är din syn på frivillig reexamination och högre lön till dem som gör den?

Vi har inte obligatorisk specialistexamen i Sverige, så varför då införa reexamination? Men varken när det gäller recerti-

fiering eller reexamination har SKL något mandat att driva frågan. Det kan möjligen vara en sak för lokala verksamheter.

Vad tror du om Läkarförbundets idé att SPUR-inspektera fortbildningen på kliniker och vårdcentraler?

Det är jag tveksam till. Jag tycker vi bör akta oss för att införa granskningsmetoder som kräver mycket administrativa resurser.

Hur ser du på öppna jämförelser av utbildningskvalitet?

Öppna jämförelser tror jag på. AT-rankingen har ju stimulerat många huvudmän till bättre AT-kvalitet. Men då gäller det att alla är överens om hur man ska mäta utbildningskvalitet.

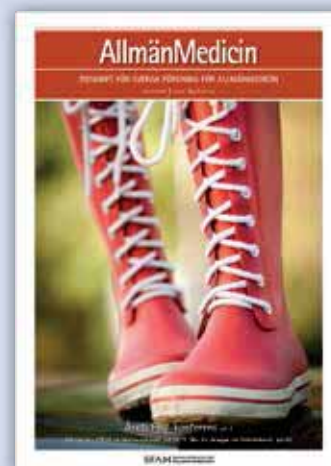
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Rättelser till AllmänMedicin nummer 3/2012

Bilden på sid 17 ("Undrar om han dricker?") är tecknad av Sven Wåhlin.

Mille Milakovic och Robert Eggertsen, handledare till Sara Holzapfel när hon var på Mölnåls vårdcentral, arbetar båda på Mölnlycke vårdcentral i Härryda kommun.

Robert Eggertsen var handledare också till Carina Hedström.





Mats Eriksson, en person med stort inflytande i vården



Mats Eriksson, ordförande för SKL:s hälso- och sjukvårdsdelegation och sjukvårdspolitiker i Halland:

Nu träffar vi Läkarförbundet för att prata fortbildning!

Vilka möjligheter har du som politiker att påverka utvecklingen?

Jag har flera kanaler, en är nätverket för landstings- och regionstyrelseordföranden, en annan är regiondirektörsnätverket och en tredje kanal är personaldirektörsnätverket. Ytterligare en väg går via SKL:s förhandlingsdelegation. SKL kan t.ex. visa på goda exempel. Det starkaste vi kan göra är att gå ut med rekommendationer.

Hur ser du på Läkarförbundets fortbildningsiffror?

Troligen har fortbildningen minskat, och allmänmedicinen ser ut att ha det allra värst. Om vi kan vi bekräfta Läkarförbundets resultat så är det ett stort problem.

Då vore det väl bra om SKL gjorde en egen undersökning?

Ja, och SKL önskar då få en heltäckande bild av bland annat läkarnas kompetensutveckling. Vi kommer att träffa Läkarförbundet för en närmare diskussion om detta.

Tror du att öppna jämförelser kan leda till bättre fortbildning?

Ja, jämförelser kan fungera som en stark drivkraft till förbättring. Men sättet man mäter på måste vara accepterat av alla parter. Och erfarenheten när det gäller öppna jämförelser är att man ofta får nöja sig med trubbiga mått i början, för att sedan finjustera mätmetoderna.

SFAM:s Golden Standard innehåller ackrediteringskrav, kan den vara användbar?

Den är klart intressant att titta närmare på, bland annat vad den kan få för konsekvenser. Jag kan tänka mig att den tas upp vid nästa möte med landstingsstyrelsens ordföranden.

Vad tror du om recertifiering enligt norsk modell?

Modellen innebär att man får en sorts garantistämpel på att en läkare sköter sin kontinuerliga fortbildning och det är bra. Men administrationen av ett sådant recertifieringssystem kan bli rätt krävande.

Kan du tänka dig högre lön för de som frivilligt genomgår recertifiering?

Lönebildning är ett komplicerat område och man måste ta hänsyn till diskrimineringsaspekter. Möjligen kan det vara lättare att införa en sorts ersättning. Men saken ligger på arbetsmarknadens parter att diskutera.

Vad kan SKL göra för att förbättra fortbildningen?

Om den politiska ledningen, tjänstemän och verksamhetschefer uppfattar att en fråga är viktig brukar det få genomslag. Men det räcker inte, viljan måste också demonstreras med ekonomiska medel. Titta på tillgängligheten, till exempel. Vi har under flera år varit angelägna om att förbättra tillgängligheten till vård. Den har blivit bättre, och det är kopplat till ekonomi. Alla problem är inte lösta, men vi tycks åtminstone ha funnit former när det gäller förbättringsåtgärder. Jag tror att vi kan vara på samma väg när det gäller kompetensutveckling.

Gösta Eliasson
gosta.eliaasson@sfam.se



Lars-Erik Holm, SoS:

Fortbildning är en fråga mellan arbetsgivaren och arbetstagaren

Vilken roll har Socialstyrelsen när det gäller läkarnas kompetensutveckling?

Vi arbetar mest med AT och ST. Fortbildning ser vi som en sak mellan arbetsgivaren och arbetstagaren. Vår tillsyn har annars till uppgift att kontrollera att arbetsgivarna följer lagar och regler och att patientsäkerheten upprätthålls.

Skulle bristande fortbildning kunna leda till åtgärder från Socialstyrelsen?

Jag tror det skulle vara mycket svårt att leda i bevis att en önskad händelse har berott på utebliven fortbildning. Och även om vi vill arbeta mer proaktivt så upptar tillsynsärenden som styrs av lagar och regler större delen av tillsynens tid. På den lilla tid vi har för proaktiva satsningar vill vi kanske välja att titta på annat, t.ex. hur Barn- och ungdomspsykiatri ser ut. Fortbildning skulle då komma långt ner på listan eftersom det finns många allvarligare brister.

Kan inte en felbehandlad patient ändå vara tecken på bristande kompetens och därmed utgöra en patientsäkerhetsfråga?

Jo, det kan dölja sig kompetensbrist i vissa ärenden. Vi tittar ju inte alltid med kompetensglasögonen på, utan förutsätter att läkare får sin kompetensutveckling, vilket man nog inte alltid ska utgå från.

Hur ser du på Läkarförbundets enkätundersökning?

Den måste ses som en varningssignal om att något inte fungerar. Och då borde landstingen och arbetsgivarna börja fundera på vad som håller på att hända. Och om inte de själva tar initiativ till undersökningar, så borde någon opartisk organisation utvärdera.



Lars-Erik Holm, generaldirektör för Socialstyrelsen:

Ett recertifieringssystem vore intressant!

en genomförd, vilket gör det tydligt att arbetsgivaren måste tillhandahålla den. Om inte alla vill vara med på tåget från början kan man ju alltid börja i liten skala.

Bör staten ansvara för recertifieringen?

Nej, jag tycker att specialistföreningarna skall ta ansvar för frivillig recertifiering, men i samförstånd med huvudmännen, annars uppstår lätt konflikter. Eftersom fortbildning är en fråga mellan arbetsgivaren och arbetstagaren bör inte staten blanda sig i detta.

SFAM har utvecklat en frivillig examen för nyblivna specialister. Kan regelbunden reexamination vara ett alternativ till recertifiering?

Den frivilliga specialistexamen är nog bra, men jag tror inte på reexamination, den innebär risk för en sorts utslagningsprocess. Hur ska man göra med dem som inte klarar reexaminationen? Recertifiering däremot sporrar både individ och arbetsgivare till att fortbildning blir genomförd.

Vad tror du om öppna jämförelser för fortbildning?

Jag är förtjust i öppna jämförelser. Man ger beslutsfattare, verksamheter och profession tillgång till samma information och det gör att man lär mycket av varandra. I grunden är det en demokrati-fråga. Medborgarna bör få veta hur det egna landstinget står sig i jämförelse med andra, dvs. vad man får för sina skattepengar. Det kan också innebära öppna jämförelser av vad man satsar på kompetensutveckling. Men det gäller att hitta enkla indikatorer som alla är överens om.

Kan recertifieringsmodellen för allmänläkare i Norge vara något för oss?

Socialstyrelsen tycker att ett recertifieringssystem vore intressant och den norska modellen är tilltalande. Där kan man välja mellan olika aktiviteter, inte bara kurser utan även smågruppsverksamhet, interna möten och mycket annat. Den utgår från antagandet att om man mäter poängen så blir fortbildning-

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se



Varför en Golden standard?

Enligt Läkarförbundets enkäter har den tid som allmänläkare avsätter för fortbildning successivt minskat. Dessutom saknas oftast krav på fortbildning i de dokument som reglerar vård- enheternas åtaganden i vårdvalssystemet.

Fortbildningsrådet har, på uppdrag av styrelsen, nu tagit fram dokumentet "Golden Standard för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem". Det är avsett att vara ett hjälpmedel vid

utformning av vårdvalsavtal och bör kunna vara av intresse för huvudmän, beställare, verksamhetschefer och personal.

Dokumentet avspeglar SFAM:s syn på fortbildning, vilken väsentligen överensstämmer med policyn för Sveriges läkarförbund, Svenska Distriktsläkarföreningen och Svenska Läkaresällskapet.

"Golden Standard" för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem



Detta dokument är avsett att vara ett stöd vid utformning och uppdatering av vårdvalsdokument inom primärvården och kan användas som ett underlag för huvudmän, beställare, verksamhetschefer och personal för att kvalitetssäkra allmänläkares fortbildning. Dokumentet är utarbetat av fortbildningsrådet inom Svensk förening för allmänmedicin och avspeglar föreningens syn, vilken i alla väsentliga delar överensstämmer med fortbildningspolicyn för Sveriges Läkarförbund, Svenska Distriktsläkarföreningen och Svenska Läkaresällskapet (ref 2-4).

1. Övergripande strukturella förutsättningar

I huvudmannens grundläggande vårdvalsdokument där förutsättningar för ackreditering anges (förfrågningsunderlag, krav- och kvalitetsbok eller motsvarande) skall det framgå vilka strukturella förutsättningar som tillhandahålls de vårdenheter som verkar inom vårdvalet. Detta innefattar:

- modell för ersättning av fortbildningskostnader, se punkt 5;
- tillgång till lokalt förankrade regelbundet återkommande fortbildningstillfällen inom varje primärvårdsområde, som en del av utbudet för intern fortbildning;
- fortbildningssamordnarfunktion.

Exempel:

"Det bör finnas tillgång till regional fortbildningsamordnare med uppgift att koordinera regionala fortbildningsaktiviteter, stödja verksamhetschefer och enskilda individer samt driva fortbildningsfrågor (jfr Studierektorsverksamheten)" (ref 1-4).

2. Förutsättningar för ackreditering av vårdenhet

I huvudmannens grundläggande vårdvalsdokument skall det framgå att det av vårdenheterna krävs ett system för kvalitets- säkring av personalens fortbildning, bland annat innehållande en skriftlig handlingsplan för läkares kontinuerliga professionella utveckling (ref 1-4).

Innehållet i handlingsplanen skall beskrivas i form av riktlinjer, se punkt 3, antingen som en del av vårdvalsdokumentet eller som hänvisning till en särskild bilaga.

3. Riktlinjer för fortbildning: omfattning, kvalitet, rutiner och förslag

I riktlinjerna bör finnas föreskrifter och/eller rekommendationer om:

- a) Omfattning och kvalitetsaspekter
 - vilken tid som bör avsättas för intern och extern fortbildning
 - deltagande i kollegiala grupper
 - kvalitetskrav på kurser, konferenser och möten
 - hur relationen till läkemedelsindustrin skall hanteras
- b) Rutiner på vårdenheten
 - utformning av kvalitetssäkringssystem för personalens fortbildning
 - hantering, utvärdering och revision av fortbildningsplaner
 - utformning av kompetensutvecklingssamtal
 - hur dokumentation av genomgången fortbildning skall ske

- hur konsekvenser på arbetsbördan på grund av frånvaro för fortbildning ska hanteras
- hur återförande av vunna kunskaper till medarbetare på vårdenheten skall ske

c) Förslag till riktlinjer:

Verksamhetschefen ansvarar för att förutsättningar för adekvat intern och extern fortbildning finns enligt nedanstående riktlinjer.

Varje läkare bör upprätta en individuell fortbildningsplan (ref 1, 3), som beskriver den kontinuerliga professionella utvecklingen tids- och innehållsmässigt. Planen bör utvärderas, följas upp och revideras årligen i samband med kompetensutvecklingsamtal med verksamhetschef (ref 2). Tid för genomgången fortbildning samt förekomst av giltig fortbildningsplan bör noteras.

Tiden för intern fortbildning bör uppgå till minst tio procent av arbetstiden (ref 1-2, 4). Till intern fortbildning räknas av den egna organisationen eller av individen själv anordnade och genomförda utbildningsaktiviteter, till exempel morgonmöten, distriktsläkarmöten, enstaka och schemalagda fortbildningsaktiviteter, interna medicinska rådgivningsdiskussioner, tid för reflexion och självstudier.

Extern fortbildning bör uppgå till minst tio dagar per år (ref 1-2, 4). Till extern fortbildning räknas regionala, nationella eller internationella kurser, kongresser, konferenser och vetenskapliga möten, som inte anordnas och genomförs inom den egna organisationen.

Möjlighet att delta i regelbundet kollegialt grupparbete (till exempel FQ-grupp, Balintgrupp) bör finnas för alla läkare och bör ingå i tiden för intern fortbildning.

Rutiner bör finnas för att återföra den kunskap, som vunnits i samband med fortbildningsaktiviteter, till övriga medarbetare.

Fortbildning/utbildning som ej sker inom ramen för den individuella fortbildningsplanen, till exempel utbildning av administrativ karaktär på initiativ av arbetsgivaren och deltagande i kvalitetsutvecklingsprojekt bör inte inräknas i tiden för extern eller intern fortbildning.

Fortbildning för allmänläkare bör i första hand initieras och arrangeras av och rikta sig till allmänläkare. Den bör inte initieras eller arrangeras av företrädare för läkemedelsindustrin.

Verksamhetschef och den enskilde läkaren bör tillsammans tillse att frånvaro för fortbildning inte medför betydande eftersläpning av ordinarie arbetsuppgifter eller avsevärt merarbete. Detta kan åstadkommas genom att fortbildningsaktiviteter inplaneras i förväg med hänsyn till övriga medarbetare och aktuella arbets-scheman.

4. Uppföljning och kvalitetsmått

För att kunna följa upp fortbildning bör nationellt accepterade uppföljnings- och kvalitetsmått för fortbildning definieras (ref 4). Dessa bör beskrivas i värddokument eller i tillhörande bilaga för riktlinjer.

För närvarande saknas nationellt överenskomna uppföljningsmått. Följande mått rekommenderas av SFAM:

1. *Tid* som använts av individen för extern och intern fortbildning. Redovisningen bör vara öppen och det bör finnas möjligheter till jämförelse mellan individer, vårdenheter, landsting och regioner (ref 3).
2. *Andel* tillsvidareanställda läkare som senaste året har upprättat en skriftlig fortbildningsplan, godkänd av verksamhetschef.

Genom att genomföra granskning av förutsättningarna för vårdenheten att bedriva god fortbildning kan tillgången till adekvat fortbildning bedömas och stöd till förbättring ges. Inspektioner kan ske med hjälp av extern granskning enligt den modell (SPUR) som för närvarande används inom vidareutbildningen för ST-läkare (ref 1-4).

5. Ekonomiska incitament för fortbildning

Det bör finnas balanserande ekonomiska incitament i syfte att kompensera vårdenheterna för intäktsbortfall kopplat till produktionsbortfall vid fortbildningsaktiviteter, samt kompensation för direkta fortbildningsrelaterade kostnader (kursavgift, resa och logi) (ref 3, 4). Detta är särskilt angeläget i ersättningsmodeller med prestationsbaserad ersättning, till exempel besöksersättning eller ersättning för täckningsgrad.

Exempel på finansiering av fortbildning:

1. Medel för fortbildning ingår i vårdenhetens totala budget. Verksamhetschefen fördelar pengarna till enskilda individer.
2. Direkt ekonomisk ersättning ges i efterhand till vårdenheten för godkänd, genomförd fortbildning (ex: Stockholms läns landsting).
3. Centrala budgetmedel, öronmärkta för individens egen fortbildning, så kallade ryggsäckspengar (ex: Region Halland).
4. Målrelaterad ersättning till uppföljningsparametrar och/eller kvalitetsparametrar.

SFAM förordar modell 2 och 3.

Maj 2012

Fortbildningsrådet och styrelsen för Svensk förening för allmänmedicin.

6. Referenser

1. Kvalitetssäkring av fortbildning för allmänläkare i värddokument. PM. Fortbildningsrådet SFAM 2010.
2. Fortbildning för läkare. En sammanställning av kunskapsläget om läkares fortbildning Continuing Professional Development. Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet 2011.
3. Kvalitetssäkrad fortbildning för alla läkare. Sveriges läkarförbund 2009.
4. Programskrift gällande distriktsläkarnas fortbildning. Svenska Distriktsläkarförbundet 2010.



Verksamhetschef: fortbildning är en del av arbetet

"...som verksamhetschef skulle jag hellre ställa mig frågan: vad är det som gör att den här läkaren inte fortbildar sig?"

Anders Pramborn, 34, är utbildad officer och legitimerad sjuksköterska och har tidigare arbetat med hälso- och sjukvård inom Försvarsmakten. Han är sedan maj 2012 verksamhetschef vid Vårdcentralen Falkenberg och Vårdcentralen Vessigebro. Båda är offentligt drivna vårdcentraler med 9 500 respektive 2 300 listade personer. På Vårdcentralen Falkenberg finns totalt nio legitimerade läkare. Fem av dessa är allmänläkare med tjänstgöring motsvarande 3,5 heltidstjänster, vilket ger 2 700 listade per allmänläkare.

Vårdcentralen Falkenberg har sedan flera år fått känna av en successiv minskning av antalet listade. I år har tappet bromsats upp men under året har ändå 500 personer lämnat vårdcentralen. När en vårdcentral har för få läkare minskar tillgängligheten och patienterna kan då vända sig till en annan vårdgivare vilket för oss resulterar i minskade intäkter. Det är då viktigt att arbeta med den interna effektiviteten och bibehålla kostnadskontrollen.

En ljuspunkt är att vi från ett budgetunderskott på 1,5 miljoner nu har en ekonomi i balans, säger Anders Pramborn.

Vad har varit svårast hittills?

Det svåraste har varit dels att genomföra personalminskningar och dels arbetet med att ändra arbetskulturen. Trogen personal vill gärna hålla fast vid tidigare rutiner och de minns hur "bra" det var på den anslagsfinansierade tiden.

Vad lägger du i begreppet allmänmedicinsk fortbildning?

Kurser, både med medicinskt innehåll och kurser i bemötande och konsultationsteknik. Regionala och nationella konferenser. FoU-arbete. Vissa kvalitetsutvecklingsprojekt.Handledning av AT- och ST-läkare och läkarstuderande tycker jag också ingår i den egna fortbildningen. Jag anser att även mötet med patienten innebär fortbildningsmöjligheter.

Verkar läkarna nöjda med sin fortbildning?

Jag har aldrig hört något annat, och vi har en öppen dialog med högt i tak. Vid utvecklingssamtalen stämmer vi av och kommer överens om kompetensutvecklingen.



Anders Pramborn, verksamhetschef vid Vårdcentralen Falkenberg:

Recertifiering intressant för mig om det finns ekonomiska incitament

Är det ett problem att vissa läkare vill åka ofta på kurs, medan andra struntar i sin fortbildning?

Som läkare har man ett individuellt ansvar att underhålla sina kunskaper. Men man måste komma ihåg att läkare arbetar olika med den egna fortbildningen och därför måste jag vara flexibel. Slutligen är det verksamhetschefen som ansvarar för att personalen har nödvändig kompetens och jag måste agera om det inte fungerar.

Hur ser ekonomin ut för fortbildning?

I Region Halland disponerar varje läkare 12 000 kr per år från centrala medel som, i samråd med verksamhetschef, kan användas för att täcka vissa kostnader i samband med fortbildning. Jag skulle gärna se att denna summa utökas.



Har alla läkare individuella fortbildningsplaner?

Inte i nuläget. Men när vi kommit igång med utvecklingssamtalen på allvar kommer jag att arbeta för att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan.

Hur skulle fortbildningen för allmänläkare se ut om du fick bestämma?

Jag anser att fortbildning är en del av arbetet och skulle därför vilja väva in fortbildningen i det kliniska arbetet, till exempel genom att reservera en viss tid varje månad för kompetensutveckling. Jag tycker också att de fackliga organisationerna och arbetsgivarföreträdare borde sätta sig ner och tillsammans definiera innehåll och formulera tydliga riktlinjer. En läkare skulle då ha ett smörgåsbord av fortbildningsaktiviteter att välja mellan.

Hur ser du på recertifiering enligt norsk modell?

Frivillig recertifiering kan jag tänka mig men man bör inte tvinga iväg läkare på fortbildning. För mig som verksamhetschef skulle jag hellre ställa mig frågan: ”vad är det som gör att den här läkaren inte fortbildar sig?”

Skulle du hellre välja att anställa en recertifierad läkare än en icke-recertifierad?

Jag skulle nog inte lägga särskilt stor vikt vid recertifieringen, utan välja den person som jag anser vara bäst lämpad.

Bör recertifiering kunna leda till löne-tillägg?

Nej, lönen sätts ju med hänsyn till många olika aspekter på duglighet, genomgången recertifiering spelar då mindre roll.

Så ett recertifieringssystem skulle knappast betyda något?

Jo, i den mån min ledning skulle anse att recertifiering är eftersträvarvärt och om det infördes ekonomiska incitament för att öka antalet recertifierade läkare på vårdcentralerna, då skulle det vara intressant.

Vad upplever du som mest stimulerande i ditt arbete?

Inom försvaret förstod jag organisationens alla delar och hälso- och sjukvårdspersonalen var mer på min hemmaplan, medan det i primärvården initialt var det omvända. Primärvården är också komplex, och allmänläkaren är en nyckelspelare i verksamheten. Att ha en konstruktiv dialog tillsammans med läkargruppen är stimulerande och lärorikt men framförallt nödvändigt för verksamhetens utveckling och för att kunna ge patienterna bästa möjliga vård.

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Allmänläkare: svårt att få tid till fortbildning

Stefan Dahl hamnade i Trosa inför AT och gjorde även sin ST där. Sedan 2008 arbetar han på Trollbäckens vårdcentral i Tyresö, söder om Stockholm.

Är du en ”vanlig” allmänläkare?

Tja, det vet jag inte. Jag har lite annorlunda idéer än andra. Jag vill jobba med kvalitetssäkring, se om det vi gör håller måttet

Hur är det på Trollbäcken?

Vi har 11 000 listade invånare och vill inte ha fler. Vi kan inte expandera inom befintliga lokaler. Läkargruppen är stabil med sju specialister, två ST- och en AT-tjänst.

Hur ser du på uppdrag utanför det patientrelaterade?

Man kan inte jobba 40 timmar per vecka med patienter. Under en ”normal” vecka har jag 4–5 timmar annat. Det är ungefär

lika för alla här. Jag är handledare för AT- och ST-läkare. Det innebär fortbildning på två, ibland fyra dagar per termin. Jag har också arbetat med kvalitetsbokslut och regelbok.

Hur organiseras den lokala fortbildningen?

Vi har en gemensam fortbildningsgrupp för Tyresö och Haninge med en fortbildningssamordnare betald av landstinget, placerad på CeFAM, Centrum för allmänmedicin, landstingets utvecklings-, utbildnings-, och forskningscentrum. Utbildningarna, en eftermiddag per månad, är för privat och offentligt anställda.

Hur sköts fortbildningen på Trollbäcken?

Det är ingen som vägrar fortbilda sig, men det finns heller ingen som driver frågan. Under utvecklingssamtalen går vi igenom en fortbildningsplan. Men sedan ligger det på den enskilda läkaren att fullfölja.





Stefan Dahl, allmänläkare:

Det stora hindret är vi själva, vi tillåter oss inte att gå

streck i boken som när man kommer från semestern. Men jag ser positivt på framtiden. Alla är överens om att fortbildning är bra. Yrkeskåren måste se det som möjlighet, ett sätt att utvecklas, och inte bara som frånvaro.

Hur ser din egen fortbildning ut?

Jag klev av fortbildningsgruppen i våras för att jag fick så mycket att göra. Just nu hinner jag bara med e-hälsan. Jag var med på en internutbildning om spirometri. Och så det som gäller utbildningen och handledningen: ST-seminarier i pedagogik, ledarskap t.ex. Men jag saknar upplägget i Sörmland. Utbildningsdagarna prioriterades och vi fick träffa många kollegor. (Se intervjun med Carina Seidel på nästa sida.)

Hur ser du på recertifiering?

Jag tror att recertifiering är ångestskapande men sannolikt bra, om det görs klokt. Det ska vara allmänmedicinare som bedömer allmänmedicinare. Utbildningsutbudet idag styrs av vad beställaren tycker vi ska kunna – det är inte alltid vad jag tycker vi ska kunna.

Är det någon som forskar på Trollbäcken?

Nej. Om någon skulle vilja forska är det troligen inga problem, men industrin släpps inte in – det är en ”konservativ” vårdcentral.

Vi har en bra spridning på kompetenser, och var och en bevakar sitt intresseområde. Vi brukar skicka en läkare per gång till fortbildningseftermiddagen. Denna får sedan dela med sig av sin kunskap på läkarmötet.

Just nu får andra fortbildningar av tidsskäl stå åt sidan på grund av landstingets obligatoriska 30-timmars utbildning i e-hälsa. Den handlar om att lära sig hur olika system fungerar tillsammans: Take Care, Mina vårdkontakter, webbkontakter – d.v.s. att hantera sitt eget datasystem. Men det kommer nya propåer från beställaren. De ska ”satsa” på fortbildning. Jag vet inte vad det betyder i praktiken.

Varför är det så få som går iväg på fortbildning?

Det finns egentligen ingen tid till egen fortbildning, den väljer man själv. Man prioriterar patientarbetet framför egen fortbildning, ”jag struntar i kursen för att slippa komma tillbaka till ett kaos”.

Jag har alltid hävdats att det inte är svårt att skaffa sig fortbildning, men nu vet jag inte. Vår chef, som är sjuksköterska, är mycket positiv. Det stora hindret är vi själva, vi tillåter oss inte att gå.

Vad kan göras för att underlätta?

Det skulle behövas någon som täcker upp, men det kan vara svårt med gamla patienter. Man måste hålla tidboken tom, sätta

Ingrid Eckerman
Chefredaktor@sfam.se



Hälsovalsenheten tog över samordnaren

Carina Seidel, 42, arbetar som allmänläkare på Mariefreds vårdcentral och är utbildnings-samordnare i Sörmland. Då hon tog över rollen som utbildnings-samordnare från sin föregångare formaliserades ett uppdrag som tidigare hade inneburit en hel del oavlönat extraarbete. Hon har nu ett kontrakt med Hälsvalsenheten i landstinget Sörmland som specificerar vad hon ska göra på de sex timmar per vecka hon har avsatt för uppdraget. Dessutom ingår sekreterarstöd.

Det Carina Seidel ser som huvudupp-gift är att arrangera tre utbildningsda-gar per år för Sörmlands allmänläkare. Dagarna är dubblade för att alla ska ha möjlighet att gå och även ST- och AT-läkare är välkomna. Förmiddagen ägnas åt katedrala föreläsningar medan eftermiddagen är vikt för diskussion i mindre grupper i vilka även föreläsarna deltar.

– Att välja bra föreläsare är A och O. Man kan väl fundera över det demo-kratiska i att det är jag som bestämmer innehållet. Men jag får in ämnesförslag från många kollegor och försöker för-verkliga dem så gott det går. Och dagarna handlar ju inte bara om att tillägna sig nya faktakunskaper. Social samvaro och tankeutbyte är minst lika viktigt.

Hittills har dagarna varit välbesökta med runt 100 deltagare fördelade på två alternativa dagar. Både privat- och of-fentliganställda läkare deltar, de privata i något mindre omfattning.

Tidigare fanns endast landstingsdrivna vårdcentraler, och Carinas samordnar-tjänst låg då under landstingets primär-vårdschef. När hälsoval genomfördes och privata vårdcentraler tillkom uppstod ett dilemma, eftersom även de privata enhe-terna behövde få tillgång till utbildning. Detta löstes genom att hälsovalsenheten, som hanterar den totala primärvårds-budgeten oavsett driftsform, tog över samordnartjänsten. Numera kan samtliga allmänläkare bjudas in, inklusive de



som ersätts enligt nationell taxa. Varje vårdcentral betalar ett självkostnadspris för deltagande läkare, vilket täcker föreläsarvoden, lokalhyra och lunch. Del-tagaravgiften varierar beroende på vilken föreläsare som anlitas, men det rör sig sällan om mer än 700 kronor.

– Jag planerar ekonomin för dessa da-gar som vilken konferensarrangör som helst. Räknar jag med att gå runt med 50 deltagare och det kommer 30 så går det ju inte ihop. Men jag har det bra, för Hälsvalsenheten täcker upp vid ett eventuellt underskott.

Carina Seidel är själv inte med i FQ-grupp men hjälper gärna den som vill starta en ny grupp eller önskar få kon-takt med en existerande grupp. I övrigt är medvetenheten stor bland kollegorna om lokala och nationella utbildningstillfäl-len och det är ovanligt att någon nekas utbildning av sin chef.

– Jag anser mig inte behöva ta samma ansvar för mina kollegors utbildning som exempelvis studierektorerna har för vidareutbildningen. Men samord-narfunktionen innebär en viss överblick över utbildningssituationen i länet. För

Carina Seidel, utbildnings-samordnare i Sörmland:

Man måste ha ett tydligt uppdrag!

närvarande har vi tre aktiva FQ-grupper, men de borde vara fler. Jag kan dock inte säga att kollegorna skriker efter dem.

Idag saknar många allmänläkare fort-bildningsplan och det görs inte någon systematisk uppföljning av genomgången utbildning på landstingsnivå.

– Det är naturligtvis allvarligt att fort-bildningsplaner och uppföljning saknas. SFAM:s nya "Golden Standard" för fort-bildning är då en tillgång eftersom den definierar de krav som huvudmän bör ställa på verksamheterna vad gäller kom-petensutveckling.

Carina Seidel tycker att de 6 timmar hon har avsatt som samordnare är fullt tillräckliga. Samarbetet med Hälsvalsen-heten fungerar bra, och hon upplever jobbet som stimulerande men också an-svarsfullt.

– Om jag misslyckas med att rekrytera intressanta föreläsare kan ju intresset för utbildningsdagarna försvinna. Därför försöker jag hålla mig uppdaterad genom att delta i SFAM-kongresser, ST-konfe-renser och då och då i internationella möten. Om jag fick önska något utöver detta, så skulle det vara ett nätverk för utbildnings-samordnare. Att kunna träf-fas en gång om året på SFAM:s kongres-ser och tipsa varandra om olika saker vore inte så dumt. Det hade också varit bra om det funnits ett nätforum för utbild-nings-samordnare på SFAM:s hemsida.

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Annons



Resertifisering i allmennmedisin – norske erfaringer

"Inntrykket er at ordningen er oppfattet som nødvendig og riktig"

Siden spesialiteten i allmennmedisin ble innført i Norge i 1985, har det vært krav om at spesialistene må resertifiseres hvert 5. år. Kravene til resertifiseringen har endret seg noe over tid, men grunnelementene er de samme.

For det første må man ha vært ett år i full jobb som allmennelege. Dette kan deles opp slik at man jobber to år på halv tid, eller praksis en dag i uka (20 %) i hele perioden på 5 år. Det er dette som gjør at akademikere (professorer) kan opprettholde sin spesialitet.

Videre må man i perioden gjennomføre utdanningsaktiviteter som gir 300 poeng. Ett poeng er grunnenheten som svarer til én kurstime. Innafor dette er det obligatorisk å gjennomføre fem kurs i ulike kliniske emner, minst 15 poeng/timer på hvert kurs. Ett av emnene skal være akuttmedisin. Minst 20 poeng skal komme fra deltakelse i kollegagruppe. Minst 20 poeng skal utgjøres av praksisbesøk – det utgjør to hele dager, enten ved å besøke eller ta i mot en kollega.

I valgfrie elementer i de 300 poengene inngår blant annet:

- Mer kurs
- Flere timer i kollegagruppe
- Flere praksisbesøk
- Veiledning av AT-leger
- Praksislærer for medisinstudent
- Hospitering på sykehusavdeling/poliklinikk
- Forelesning for leger/studenter
- Vitenskapelig artikkel
- Kvalitetsprosjekt på legekantor
- Dokumenterte praktiske ferdigheter



Peter Prydz, fastlege och handledarkoordinator i Norsk Legeforening:

Ordningen fremmer læring og refleksjon!

spesialiteten, mister man dette tillegget. For leger på fast lønn vil spesialiteten vanligvis medføre en lønnsøkning på opp mot 100.000 NOK. Myndighetene krever at man skal ha gjennomført norsk resertifiseringsprogram for å opprettholde spesialist-taksten, det holder ikke å konvertere en permanent spesialitet fra annet land hvert 5. år.

Ved deltakelse i utdanningsprosjekter vil man få dekket reiseutgifter fra Legeforeningens Utdanningsfond. Disse er opprettet gjennom forhandlinger mellom Legeforeningen og staten, hvor en del av legenes inntjening settes av til Utdanningsfondene. Kursavgifter og andre utgifter må man betale selv.

Litt over halvparten av norske fastleger er spesialister i allmennmedisin (2 800 av cirka 5 000). Av de øvrige er de fleste i gang med sin spesialistutdanning, men for noen tar dette mer tid enn de foreskrevne 5 år. Det kan være vansker med å få gjennomført den obligatoriske to-årige veiledningsgruppa på grunn av flytting og fødsler, men den største «flaskehalsen» er nok å få gjennomført ett års sykehustjeneste. Dette vanligvis på grunn av at man må flytte fra sitt bosted, eller har vanskeligheter med å finne vikar til sin

Spesialistgodkjenninger har i Norge vært utstedt av Den norske Legeforening fram til høsten 2012. Da overtok staten ved Helsedirektoratet denne oppgaven. Dette skjedde etter et politisk initiativ, og ble iverksatt uten særskilte forberedelser. Helsedirektoratet har ikke fått tilført den nødvendige kompetanse for å utføre dette, noe som har ført til at de må bruke Legeforeningens kompetanse for å vurdere alle søknader. Viktigste synlige resultat av dette er at behandlingstid og gebyrer har økt. Totalkostnadene knyttet til administrasjon av godkjenninger og resertifiseringer er ukjent.

Spesialister i allmennmedisin får 90 NOK ekstra per pasient, halvparten av tillegget er refusjon fra staten. Dette gir en årlig økt omsetning på 200.000 – 250.000 NOK. Dersom man mister



praksis. Et mindretall har ikke gjennomført spesialistutdanningen etter mange år i faget. For fastleger i alderen 60–66 år er 22 % ikke-spesialister.

Det finnes ingen systematiske data om hva norske allmennleger mener om kravet til resertifisering. Uoffisielt ble det noe «uro» da kravet om kurs i akuttmedisin i resertifiseringsperioden ble innført, da noen leger mente de ikke hadde behov for dette.

Inntrykket er at ordningen er oppfattet som nødvendig og riktig. Den har i noen grad vært diskutert for andre spesialiteter,

men er til nå ikke innført for noen andre.

Mitt eget inntrykk er at ordningen fremmer læring og refleksjon. Enkelte kolleger deltar i kurs og kollegagruppe først og fremst på grunn av kravene til resertifisering. Det antas at de får like god læringseffekt av dette som de kollegene som ville gjort det uansett, og ordningen bidrar derfor til å høyne kvaliteten på utøvelsen av faget. Spesielt deltakelse i kollegagruppe med hovedvekt på refleksjon over eget arbeid, antas å være nyttig for allmennleger som arbeider uten daglig kollegakontakt.

Ordningens berettigelse har så vidt vites aldri vært trukket i tvil fra landets helsemyndigheter, og antas å fortsette på ubestemt tid.

Peter Prydz

lege, spesialist i allmenmedisin
veilederkoordinator/Legeforeningen
Allmed Legesenter,
Hammerfest

Ingmar Lönqvist håller stadigt i KursDoktors roder

Han är alltid välklädd, Ingmar Lönqvist. Namnet, stavat med ett enda "n", är oupplösligt förenat med KursDoktor. Det var Ingmar som för tio år sedan tyckte att det borde finnas speciella kurser för allmänläkare och blivande specialister i allmänmedicin, garanterat oberoende av läkemedelsindustrin. Ingmar tog då försiktigt på sig rollen som kursgivare, och med sina goda relationer inom Västra Götalandsregionen lyckades han skapa en organisation inom regionen, en intraprenad, utan vinstintresse och finansierad enbart med kursavgifter. Sedan dess har det rullat på och verksamheten vänder sig till alla allmänläkare i landet. Idag består KursDoktors verksamhet av tre delar: ordinarie kurser, oftast förlagda till Västra Götaland, upphandlade kursarrangemang inom landet och allmänläkardagar.

Allmänläkardagarna, som nästa år går av stapeln på Billingshus utanför Skövde, vänder sig till allmänläkare och ST-läkare som är inne på sista året. Dagarna har blivit mycket uppskattade, inte minst för en pedagogik som bygger på interaktivitet, falldiskussioner och aktuella frågeställningar inom primärvården.



Grunden för KursDoktors kurser är att allmänläkare ska svara för innehåll, pedagogik och genomförande, även om sjukhusspecialister ibland deltar som lärare. Kurserna är kvalitetsgranskade av SFAM och oberoende av läkemedelsindustrin.

Ingmar Lönqvist, chef för KursDoktor:

Nu finns vår populära laboratoriekurs som smartphone-app!

KursDoktors tre allmänläkare hjälps åt att klura ut kurser som kan ha relevans för vardagsarbetet. Lärare kontaktas, planerat kursupplägg går igenom och kursmaterial tas fram. Även anmälningar, lokalbokningar och ekonomi sköts av KursDoktor.

Varje år finns omkring 25 olika ämneskurser att välja på. Av deltagarna brukar en tredjedel vara färdiga specialister och två tredjedelar ST-läkare. Vissa kurser har blivit omåttligt populära och inte mindre än 4 000 allmänläkare har genomgått laboratoriediagnostikkursen "Å se'n då?".

Vad karaktäriserar då en populär kurs?

En kombination av bra kursledare, relevant och vardagsnära ämne och ett till-



"Grunden för KursDoktors kurser är att allmänläkare ska svara för innehåll, pedagogik och genomförande, även om sjukhusspecialister ibland deltar som lärare"

Ingmar Lönqvist

Ålder: 64

Familj: Fru, två vuxna barn

Specialist i: Allmänmedicin

Arbetar som: Fortbildningsansvarig inom Västra Götalands-regionen samt chef för KursDoktor

Bra på att: Engagera medarbetare, organisera och marknadsföra

Sämlre på: Golfteknik

Retar sig på: Snålhet

Gillar: God mat, ordning och reda

Senast lästa bok: Flimmer" av Anne och Even Holt



Från vänster Cecilia Björkelund, Ingmar Lönqvist och Margareta Leonardsson-Hellgren.

talande upplägg. Sedan är det en poäng om kursen ligger ute på landet och inte i en storstad, eftersom man då får fler möjligheter att umgås och byta erfarenheter på kvällen.

Nyligen kunde vi i Distriktsläkaren läsa om den legendariske kursfixaren Olle Lyngstam, och hans Lady Ellen-kurser. Är ni lika, du och han?

Olle är en förebild för mig. Vi är entreprenörer båda två och gillar att pröva nytt, få saker gjorda och ta hand om en kurs från ax till limpa. Olle är en stor naturbegåvning när det gäller att moderera seminarier. Råkar någon föreläsare svänga sig med begrepp som inte alla deltagare förstår, så är han genast där och ber om en förklaring.

Att "åka på kurs" förr i tiden innebar ju att en föreläsare talade i timslånga pass till åhörare som förväntades bli påfyllda

med kunskap. Är inte ordet "kurs" litet omodernt nu när vi nu har en annan pedagogik?

Jovisst, ordet "kurs" för nog tankarna fel. "Seminarium" eller "workshop" skulle nog passa bättre och det gäller ju att hänga med utvecklingen. Vi får väl se.

Ingmar Lönqvist avslöjar under intervjun att KursDoktor står i begrepp att lansera en ny, webbaserad "kurs". En av orsakerna till att kursen "Å se'n då?" har varit så attraktiv, är nämligen att deltagarna har fortsatt använda kurspärmen som ett kliniskt beslutsstöd.

Hur webbaserar men en kurs?

Papperspärmar är omoderna så vi har gjort om kursen till ett paket med korta seminarier och en app, bestående av ett IT-baserat beslutsstöd. Man loggar bara in på sin smartphone eller läsplatta och får omedelbart hjälp med att tolka tvek-

samma labsvar. Vi har fler kurser på gång för den modellen.

Du är nu 64 år och KursDoktor firar snart tioårsjubileum. Vad är det som driver dig att fortsätta?

Framförallt är det väl kärleken till allmänmedicinen. Det är en gåva att få göra utbildningar som uppskattas av allmänläkare. Det egna ansvaret och sporen att få ekonomin att gå ihop är också spännande utmaningar. Men utan mina kollegor Britt Bergström och Camilla Sandin-Bergh och utan våra duktiga administratörer hade det varit omöjligt.

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Annons



Du har lagstadgad rätt till fortbildning!

Fortbildning är en av de viktigaste politiska frågorna för Svenska Distriktsläkarförbundet, DLF. "Programskrift gällande distriktsläkarnas fortbildning" finns på DLFs hemsida och beskriver hur du som enskild kollega kan jobba med frågan.

Arbetsgivarens utbildningsansvar finns beskrivet i det landstingskommunala läkaravtalets centrala protokollsanteckningar: "Det är sjukvårdshuvudmannen som svarar för att varje medarbetare har den kompetens som krävs för fullgörande av arbetsuppgifterna och som skall ge förutsättningar för kompetensutveckling. Detta är något som ingår i återkommande utvecklingssamtal mellan medarbetare och chef och som formuleras i individuella utvecklingsplaner, som inkluderar fortbildning". Detta definierar din rätt till kompetensutvecklingssamtal och utbildningsplan men ställer å andra sidan inga krav på ett fungerande utbildningssystem. I årets avtalsrörelse har dock SKL i årets avtal gått med på att kartlägga situationen och analysera de behov som finns.

Många anser att landstingen som huvudmän (beställare) bör kräva av såväl privata som offentliga vårdgivare att utbildningen säkerställs. I Stockholm börjar man nu arbeta systematiskt med frågan, och utbildningskrav finns med i regelboken för Vårdval Stockholm. För folkhälsoproblem och större folksjukdomar finns styrinstrument i form av riktlinjer och guidelines. Dessa har kommit att bli rättesnören för en utveckling mot jämlik vård, och för att de ska bli tillämpade krävs implementering med utbildning som den bärande hörnstenen. Som DLF ser det utgör utbildningen ett huvudmannans- och beställaransvar för att få dessa kunskaper att nå ut till de privata och offentliga vårdgivarna.

Även i det genom EU-läkarfrågan kända yrkeskännandedirektivet kan kom-



petensutvecklingen komma att regleras. I ett reviderat yrkeskännandedirektiv, som beräknas bli antaget av EU-parlamentet under 2013, kommer åtgärder för att säkerställa kompetensutveckling för läkare och andra professioner att föreslås. Bland annat skall medlemsstaternas myndigheter vart femte år skicka rapport till kommissionen och medlemsstaterna om sina "utbildningsförfaranden". Dessutom vill man att "de institutioner som tillhandahåller dessa utbildningar minst var femte år genomgår en utvärdering", dvs. kvalitetsgranskas av utsett organ inom EU. Ur svenskt perspektiv är det intressant, eftersom det markerar att någon nationell myndighet, som Socialstyrelsen, måste engagera sig i utbildningsfrågor.

Kompetensutvecklingssamtal och utbildningsplaner är viktiga. Läkarförbundets utbildningsenkät 2010 visar att 75 procent av läkarna uppmantras av sin chef att utbildas sig. Men bara 31 procent anser sig ha möjlighet till eget lärande och endast 35 procent har en egen

Ove Andersson, ordförande för Svenska Distriktsläkarförbundet:

Fortbildning och bra kollegor upplevs viktigare än lönen

utbildningsplan, trots att kompetensutvecklingssamtal, utbildningsplan och uppföljning är obligatoriska i det centrala landstingskommunala läkaravtalet.

För dig som ska tillträda en ny tjänst, oavsett om du är nyfärdig specialist eller byter arbetsplats, är det viktigt att kontrollera hur din arbetsgivare arbetar med kompetensutveckling. Finns utbildningspolicy, -system och -resurser? Ställ krav och ta reda på vad som gäller inom det landsting eller den region där du tänker börja arbeta. Arbetsgivare som har fungerande utbildning lockar fler allmänläkare. Det vet DLF efter att ha frågat er specialister i allmänmedicin i vår enkät "Den goda arbetsplatsen 2011". Utbildning och att ha bra kollegor anges i den undersökningen vara mycket viktigare än lönen.

Det krävs att du, SFAM och DLF fortsätter att driva utbildningsfrågorna på alla plan. Det som händer på europeisk, nationell och landstingsnivå är steg i rätt riktning, men din insats kommer även i framtiden att betyda väldigt mycket. Tydliggör och ställ krav. Patienterna har rätt att kräva att de har en välutbildad läkare.

Ove Andersson
Specialist i allmänmedicin
Ordförande Svenska Distriktsläkarförbundet
ogandersson@gmail.com

Annons



Att känna andras plomber i munnen

Så här är det: jag tycker alldeles uppriktigt att allmänläkare är något av det allra bästa som finns. Jag vet inte om de generellt har identitetsproblem men det råder inget tvivel om att de kan ha problem med att hävda att det är *specialister* de är – specialister på patienten som helhet, nämligen. Det innebär som jag ser det att allmänmedicinen i långt högre grad än exempelvis ortopedi är en humanistisk verksamhet. Allmänläkare förstår vad den finlandssvenske poeten Gösta Ågren menade när han skrev att ”Kroppen är den del av själen som syns.”

I en bok som är tillägnad allmänläkare – ”Den goda beröringen. Om kropp, hälsa, vård och litteratur” (2005) – har jag försökt visa vad skönlitteratur har att erbjuda genom att citera den finlandssvenske kåsören Guss Mattsson, en synnerligen mångsidig herre som i början av 1900-talet var verksam – rastlöst verksam – som kemiingenjör, politiker och framförallt tidningsman. Som många rastlöst verksamma personer var han fruktansvärt rädd för att drabbas av leda, och i ett av sina kåserier fantiserar han därför om hur ledan kunde bekämpas genom att vi alla försågs med ”gänger i halsroten”:

”**Det vore en suverän känsla** att kunna med sina händer svänga skallen helt bakåt och så framåt andra vägen och så bak igen och känna hur den skulle stiga och börja vackla litet. Och sedan alla bollar grundlagsenligt hade samma diameter hos skruvspindeln liksom glödlampor av olika styrka kunde man i ett anfall av livsleda skifta med varandra och skruva in hos sig en främmande knapp, börja se livet med nya ögon och känna att man har helt andra plomber i munnen.”

Det verkligt viktiga i det här citatet är, menar jag, plomberna. Ny kunskap kan man skaffa sig på många vis – inte minst genom att läsa facklitteratur – men skönlitteraturen är oöverträffad när det gäller den konkreta fysiska inlevelsen i en annan människa, det vill säga just den typ av inlevelse som en allmänläkare kan



”Skönlitteraturen kan förmedla vad jag skulle vilja kalla narrativ inlevelse, det vill säga insikten om att människor – patienter – har en historia.”

behöva. Dessutom är Guss Mattssons rader i sig ett stycke skönlitteratur. Lika gärna kunde han ha skrivit ”För att slippa ledan kan vi behöva ett perspektivbyte” men då hade vi inte ägnat resonemanget någon vidare uppmärksamhet för värdet av perspektivbyte har vi hört talas om otaliga gånger förut. Men genom den på samma gång åskådliga och smått groteska bilden av glödlampan tvingas vi stanna upp, tvingas vi förnya vår varseblivning. Att förnya vår varseblivning är en av skönlitteraturens främsta uppgifter.

Sen är det en annan sak att Mattsson gör ett grundläggande misstag: skulle vi byta huvud med någon skulle det ju inte vara tankarna eller plomberna som skulle slå oss med häpnad utan kroppen. Men för en doktor är väl också det alldeles utmärkt?

Merete Mazzarella, författare:

Allmänläkare behöver fantisera, leka och reflektera över sig själva!

Vidare kan skönlitteratur gestalta insikten att människor är olika sinsemellan, att det inte räcker att man följer Bibelns Matteus-princip och göra mot andra vad man önskar att andra ska göra mot en, utan att det snarare gäller att uppfatta vad varje enskild individ önskar. En doktor kan veta mycket om en patients sjukdom utan att ändå förstå hur den upplevs. Jag hörde om en dam med muncancer vars största frustration var att hon aldrig kunde ringa ett samtal till en främmande människa utan att bli uppfattad som berusad. En doktor kan uppfatta en patient som irriterad och inte inse att det beror på att patienten har fått vänta och vänta – först på att överhuvudtaget få en läkartid, sedan i mottagningens väntrum. (Nej, det är ingalunda alltid det personliga bemötandet det är fel på, det är lika ofta – nej, oftare – strukturerna.) Skönlitteraturen kan förmedla vad jag skulle vilja kalla narrativ inlevelse, det vill säga insikten om att människor – patienter – har en historia.

Sist men inte minst kan skönlitteraturen bidra till doktors egen personliga utveckling. Alla människor behöver vad Kerstin Ekman kallat ”ett inre rum för skapande undran”. Doktorer behöver få reflektera inte bara över sina patienter utan också över sig själva, de behöver få koppla av, fantisera och leka.

Merete Mazzarella
Litteraturvetare, författare, hedersdoktor i
medicin och hedersmedlem i SFAM
mazzarel@mappi.helsinki.fi

Är alkoholberoende en sjukdom eller bara dålig karaktär?

Synen på alkoholproblem – en historisk återblick

Synen på olika sjukdom varierar under olika epoker. Man ser olika synsätt på vad som ska betraktas som sjukt eller friskt. Mer än en fjärdedel av befolkningen lär ha hypertoni enligt SBU-rapport. Är de sjuka eftersom man kan fastställa en diagnos, eller har de bara en riskfaktor? Frågan om sjukt och friskt har blivit särskilt tydlig i och med omarbetningen av den psykiatriska diagnosmanualen DSM, och den nya DSM-V som väntas under 2013. Där inkluderas allt fler tillstånd och trösklar för diagnos har sänkts. Detta har kritiserats för att allt fler individer då kommer att sjukdomsförklaras samt utgöra en marknad för läkemedelsbehandling. Oavsett vilken syn man har på sjukdoms så gäller det att komma ihåg att hälsa inte behöver vara sjukdoms motsats. ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och icke enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet” (WHO).

Här belyses olika synsätt vad gäller alkoholproblematik. Det är tydligt hur olika synsätt också format vårdens innehåll. Texten är en bearbetning av ett kapitel i kommande bok om alkoholfrågor för oss i världen.

Alkoholberoende som moraliskt problem

I de stora religionernas skrifter beskrivs alkoholproblem huvudsakligen i termer av moralisk förkastlighet. I kristendomen sågs alkohol ofta som en frestelse som det var den rätttroendes plikt att motstå. Alkoholproblemets orsak var alltså individens sviktande moral eller dåliga karaktär. Individen hade skulden och familjen var den främst drabbade.

Gravyren ”Gin Lane” av William Hogarth (1697–1764) visar den misär alko-



Det moraliskt förkastliga exemplifieras med modern som försummar sitt barn.

holen medför (bild 1). Det moraliskt förkastliga exemplifieras med modern som försummar sitt barn.

I och med industrialismens intåg fick alkoholöverkonsumtion negativa effekter även på produktionen och på arbetslaget, och maskinerna medförde nya risker. Alkoholproblemen fick implikationer utanför individ och familj och blev nu också

en social angelägenhet. Under 1800-talet och början av 1900-talet var det moraliska synsättet dominerande, och samhället skulle skyddas från alkoholister samtidigt som det hade ansvar att fostra och återföra alkoholisten i arbete. Arbetarrörelsen stödde också detta synsätt, de politiska ambitionerna krävde tydligt samhällsansvar. Nykterhetsrörelsen startade i början

” I motsats till sjukdomssynen på alkoholism är alkoholkonsumtion här en angelägenhet för alla alkoholkonsumenter, även dem utan problem. ”

av 1880-talet och växte fram starkt under denna tid, till stor del som skydd för kvinnor och barn (bild 2).

Alkoholism som en sjukdom

Läkaren och professorn vid Karolinska Institutet Magnus Huss var den som myntade ordet alkoholism i sin avhandling 1849. Han menade att detta var en sjukdom. Hans syn var att orsaken till alkoholism var alkoholens inneboende egenskaper: var och en som drack för mycket kunde drabbas. Detta tänkande gick hand i hand med nykterhetsrörelsen. Individerna var å ena sidan drabbad av sjukdom, å andra sidan samtidigt skyldig att ta itu med den.

Sjukdomssynen växte fram alltmer i USA i början och mitten av 1900-talet och började också modifieras, då man såg att vissa individer är mer mottagliga för alkoholens effekter och måste låta bli att dricka. Tongivande var bland annat Bill Wilson och Bob Smith, som startade AA-rörelsen (Anonyma alkoholister) 1935 med tolvstegsprogrammet, och E.M Jellinek som senare formulerade ”the disease theory of alcoholism”, där olika stadier i insjuknande och tillfrisknande beskrevs. Nykterhet sågs som lösningen på denna sjukdom. Medicinska lösningar var däremot inte aktuella inom dessa rörelser, utan alkoholismen beskrevs som en sjukdom i vilja och motivation.

På 1980-talet blev ”Minnesotabehandling” väletablerad i Sverige. Denna har sin grund i AA-rörelsen. Enskilda behandlingsshem har funnits hela 1900-talet vid sidan om sjukvårdens institutioner. Minnesotamodellen innebar en förstärkning av den privata vården, och trots att sjukdomssynen var förhärskande så var terapeuternas främsta kompetens ofta inte medicinsk. Att ha egen erfarenhet av alkoholism, att vara ”nykter alkoholist”, sågs som den viktigaste kompetensen för att kunna hjälpa andra. En fördel med sjukdomssynen är att den avlastar individen från skuld, man är drabbad snarare än en dålig människa.



Nykterhetsrörelsen var i stor utsträckning ett skydd för kvinnor och barn.

Alkoholberoende som ett socialt problem

I mitten av 1900-talet började man beakta att även sociala svårigheter kunde bidra till alkoholproblem. Såväl social ingenjörskonst som den medicinska vetenskapen sågs som lösningen på problemen under de framtidsoptimistiska 1950- och 1960-talen.

Under årtiondet efter 1968 och ”vänstervägen” sågs det kapitalistiska samhället och sociala förtrycket ofta som den främsta orsaken till alkoholproblem. Alkohollagstiftningen uppfattades ibland som en repressiv lag med syfte att hålla de samhällsomstörtande krafterna i schack. Även om sociala faktorer av många sågs som en viktig orsak till alkoholproblem var medicinen fortfarande en del av lösningen, och alkoholpoliklinikerna började byggas upp.

Alkohol som ett folkhälsoproblem

Samtidigt som vissa individer (och deras närmsta omgivning) drabbas hårt av svåra alkoholproblem, har även den måttliga konsumtionen sina negativa effekter i ett befolkningsperspektiv. Detta märks sällan för den enskilda individen, men på befolkningsnivå är effekten stor eftersom så många dricker alkohol. Orsaken är alkoholens såväl akuta som långsiktiga effekter på beteendet och på hälsan. Detta

medför exempelvis akuta skador, långsiktiga hälsoeffekter inklusive cancer samt våld och produktionsbortfall.

I motsats till sjukdomssynen på alkoholism är alkoholkonsumtion här en angelägenhet för alla alkoholkonsumenter, även dem utan problem. Detta synsätt formulerades 1975 av Kertil Bruun med flera. Det har i många studier visat sig högst relevant och är en grund för såväl WHO:s arbete som svensk alkoholpolitik.

Alkoholberoende som en medicinsk sjukdom

Från 1990-talet förstärktes en mer medicinskt inriktad sjukdomssyn i och med nya biomedicinska forskningsrön, skärpta diagnoskriterier och nya läkemedel. På 1990-talets slut började det också ställas krav på att behandlingen skulle vara evidensbaserad. År 2001 kom SBU-rapporten om behandling av alkohol- och narkotikaproblem, och 2007 kom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Några faktorer som talar för en sjukdomssyn är den starka ärftliga faktorn, bestående förändringar i såväl psykiska som fysiologiska funktioner, dessa förändringars mätbara fysiologiska korrelerat till exempel i hjärnans funktion, det lidande tillståndet medför, effekten av läkemedelsbehandling och psykoterapi samt en typisk progress.

Nackdelar med sjukdomssynen sågs ibland vara att det personliga ansvaret nedtonas. Mot detta kan anföras att sjukdomssynen vid typ 2-diabetes inte ifrågasätts, trots att det personliga ansvaret för levnadsvanorna är avgörande för tillståndet.

Alkoholberoende som ett överdrivet intresse

Det finns dock forskare som inte ser alkoholberoende som sjukdom. De vill likställa det överdrivna alkoholintresset med andra starka intressen som tar överdrivet stor plats och styr ens liv.

" Alla paradigm kan därför ha sin relevans och vara värda att beakta, inte bara för att förstå historien utan även för att förstå olika individer."

Exempel på personer med sådana dominerande intressen är dataspelaren, fotbollsproffset, motionsentusiasten, forskaren eller arbetsnarkomaner som uppslukas av sitt värv. Deras beteende betraktas inte som sjukdom trots att det kan kosta förmögenheter, förstöra sociala relationer, äktenskap och hälsan eller orsaka sämre prestationer i arbetsliv. Forskare med denna uppfattning om alkoholberoende ser alkoholen som en hemfallenhet och överdriven och central aktivitet i livet snarare än sjukdom.

Alkoholproblematik kan vara så olika

Dessa olika synsätt, eller paradigm, har hela tiden varit mer eller mindre levan-

de och i olika tidsperioder återspeglats i samhällssyn, lagstiftning och vård. Alkoholproblematik kan vara så fundamentalt olika för olika individer, och till och med om man försöker avgränsa och specificera, som till exempel i diagnosen alkoholberoende, kan problematiken fortfarande vara mycket olika hos olika personer. Alla paradigm kan därför ha sin relevans och vara värda att beakta, inte bara för att förstå historien utan även för att förstå olika individer.

Texten är i all väsentlighet utdrag från författarens nyss publicerade bok.



Sven Wählin
Distriktsläkare
Primärvården Uppsala län
sven.wahlin@sll.se

Annons

Att våga tro på sin terapeutiska förmåga

Nog har väl vi allmänläkare spotat upp oss under åren och hävdar att vi tillräckligt bra kan handlägga de flesta problem, symtom och sjukdomar som patienter söker för. Få patienter remitteras vidare till specialist. Vi behandlar patienter med ångest och depression och tycker att vi klarar att ta hand många av dessa. Ja, vi säger behandlar. Så långt kan vi sträcka oss, men terapi? Jag har särskilt under senare år sett ST-läkares möten med patienter med psykiska problem och med beundran sett deras terapeutiska förmåga. När jag gett feedback på detta blir svaren: ”jag är ingen terapeut”, ”jag har ingen utbildning”, ”jag för samtal men psykoterapi, nej det är något annat, något större”.

Men vad är terapi annat än behandling av hälsoproblem? Dessa kan ju vara kroppsliga och/eller psykologiska. Det finns myter, ja rent av mystik kring psykologisk terapi. Den odlas av psykoterapeuter, av våra patienter och hos oss själva.

Psykologisk terapi, psykoterapi, hävdas det, bör ha vissa yttre ramar. Samtalstiden är ett exempel: 50 minuter är gängse norm både inom psykodynamisk och psykoterapi med kognitiv inriktning. Det blir så en lagom entimmesmodul. Men varför just en timme? Varför inte 15 minuter, 30 minuter eller 2 timmar? Och varför oftast en gång per vecka? Var finns individualiseringen. Det saknas evidens för att just en timme är den optimala tiden, men praktiskt är det.

Vi hävdar vikten av kontinuitet, den personlige läkaren, patientcentrering, den goda relationen. Men ändå saknas tillräcklig tilltro till att detta i sig har en läkande effekt. Jag tänker på vår ångestfyllda eller depressive patient. Vi har stor tilltro till Sertralin och Citalopram trots i många fall tveksamma effekter. Måste vi vara så snabba att medicinera? Varför inte avvakta, ge återbesök och fördjupa samtalet och samarbetet? Skapa förtro-



”Doktorn själv är den viktigaste medicinen”
Michael Balint 1957

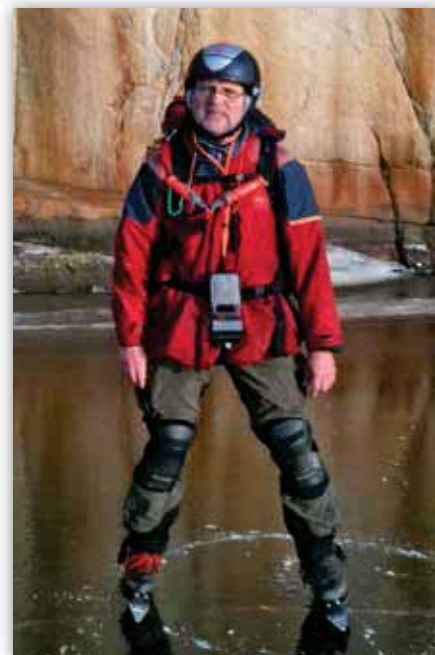
ende och hopp? Det finns tillräckligt många studier som visar att oberoende av psykoterapeutisk metod tycks relationen mellan terapeut och patient vara den viktigaste faktorn för bästa effekt.

Har kanske psykoterapeuternas intåg på vårdcentralerna gjort att vi tappat tilltro till vår egen terapeutiska förmåga? Kan jag verkligen? Jag är ingen terapeut. Eller finns det en rädsla att man kan ställa till med något farligt om man ger sig in i detta speciella, som är bara förbehållet de som har den formella utbildningen? Och tiden, ”jag har inte tiden”.

Norell och Balint beskriver i boken ”Six minutes to the patient” [1] hur man även på dessa minuter kan skapa förutsättningar för förändring. Och det är väl detta som psykoterapi handlar om. Michael Balint formulerade i sin legendariska bok *Läkaren, patienten och sjukdomen* [2] att ”doktorn själv är den viktigaste medicinen” och beskriver i denna bok allmänläkaren som psykoterapeut.

Visst är det bra med psykoterapeutisk utbildning. Och naturligtvis är de som har en psykoterapeutisk utbildning mer kunniga på detta område liksom kardiologer är kunnigare på hjärt-sjukdomar, ögonläkare på ögonsjukdomar och sjukgymnaster på träning och rehabilitering. Men vi kan utveckla oss och öka vår kunskap genom vidareutbildningar, delta i balintgrupp eller annan kollegial grupp med eller utan handledning, och/eller gå kortare kurser.

Jag är övertygad att vi alla besitter en psykoterapeutisk förmåga, som naturligtvis varierar utifrån person och läggning. Så tro på den och använd den. Det är den bästa hjälp du kan ge dina patienter.



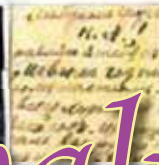
Erland Svensson
Allmänläkare och leg psykoterapeut
Fjällbacka
erland.svenson@gmail.com

Referenser

1. Six Minutes for the Patient: Interactions in general practice consultation. International Behavioural and Social Sciences Library. Enid Balint, E. and Norell, J. S., red. 1973. Även, Routledge, 2001, ISBN 9780415264242
2. Läkaren, patienten och sjukdomen. Balint, Michael. Natur och Kultur, 1972. ISBN 9127563723

Annons

到挪威奥斯陆
罗尔到匈牙利
于一七四五
定名
名師多



Kultur-spalten

Illustrationer: Katarina Liliequist

Vad är Kultur?

Dagarna blir kortare och det är långt kvar till nästa odlings- (kultur = odling) säsong. Men nu är det skönt att vila och ta igen sig från dessa bestyr. Det är en del av trädgårdsårets rytm. Ställa undan spadar och andra verktyg, så man vet var man har dem till våren. Fundera över vad som blev bra, vad jag vill ha mer av, och vad som inte klarade sig så bra här i odlingszon 6. Minns i november, den ljuva september.....

Mitt i sommaren på väg till stranden, genom skogen med barnbarnen, ringde Patrik Warg och frågade om jag kunde ta över stafettpipen, att skriva "Kulturspalten" i Allmänmedicin, och den behövde ju inte vara klar förrän i mitten av november. Ja, du hör själv, det lät långt bort och roligt, men plötsligt är det november. Och vad är kultur? Förutom odling i trädgården så undrar jag och blir glad när jag på Facebook, av alla ställen, har en vän som lagt upp en bild av ett citat som tillskrivs Ernst Wigforss, socialdemokrat och finansminister i Sverige i tre omgångar mellan 1925–1926, 1932–1936 samt 1936–1949. "Om målet med samhällsutvecklingen skulle vara att vi alla skulle arbeta maximalt vore vi sinnessjuka. Målet är att frigöra människan till att skapa maximalt. Dansa, måla, sjunga – ja vad ni vill. Frihet!"

Och då kommer jag över på det jag egentligen vill försöka skriva om: Kultur som socialt överförda levnadsmönster. Och att använda sig av kulturella uttrycksformer för att skapa något. När jag försöker läsa om kultur så hittar jag mycket om kultur som något som skiljer ut en grupp av människor från en annan, men det finns också en polemik mot att detta skall vara något att ta fasta på. Och nu kommer jag till andra gången jag blir glad i mina försök att ringa in vad jag egentligen vill ha sagt: I Dagens Nyheter 28 oktober 2012 skriver Peter Wolodarski under rubriken "Blodet och jorden fortsätter prägla synen på svenskhet" bland annat om en kartläggning över drygt två decennier gjord av professor Anders Lange. Där framgår det till exempel att 47 % anser att för att sägas vara svensk så är det åtminstone ganska viktigt att det inte syns på utseendet att man har rötter i ett annat land. Eller som han i samma artikel citerar Golnaz Hashemzadeh (debuterade hösten 2012 med romanen "Hon är inte jag"): "Det räcker inte att du hittar fram till dörren och står och knackar på. De på andra sidan måste vara beredda att öppna också".

*Vi sjunger oss samman.
Det finns hopp!*

Och nu är jag framme vid det som jag vill ha sagt: "Singing People Together". Ett uttryck för människors vilja att se vad som förenar oss och inte vad som skiljer oss åt, men i samma andetag att se varandras särart. Körledaren Monica Åslund, här i Luleå, har i flera år arbetat för att få till stånd ett körmöte mellan människor och kulturer, och 26–28 oktober 2012 blev det av. Singing People Together. Elever och lärare från en kåkstad utanför Capetown, en sånggrupp från Haiti, och deras vän och svenske mentor Sten Källman, och en massa människor i Luleå fick uppleva hur vi kan sjunga oss närmare varandra. Inte minst genom en av sångerna vi lärde av sydafrikanerna, som just handlar om det som Golnaz Hashemzadeh beskriver i citatet ovan, fick vi både med våra kroppar och med våra röster känna att det går att öppna dörrarna. Vi sjunger oss samman. Det finns hopp!

Just som snön faller på min kvarglömnda kratta vill jag ge dig <http://www.facebook.com/pages/Singing-people-together/303503359708033>, så kan du lyssna lite själv!



Meta Wiborgh
Bergnäsets vårdcentral, Luleå
meta.wiborgh@telia.com

Ian McWhinney, hedersmedlem i SFAM

För tjugo år sedan var jag på besök hos vänner i Toronto. Strax innan jag skulle åka hem hittade jag i universitetsbokhandeln en bok med titeln *A Textbook of Family Medicine* [1, 2], skriven av en för mig då helt okänd författare, Ian McWhinney. Jag köpte den av nyfikenhet och började bläddra i den på planet hem. Det var fascinerande läsning. Han uttryckte tankar som jag själv hade tänkt, eller anat, och han utvecklade dem så att jag fick en påtagligt fördjupad insikt om vad mitt yrke innebär – en kombination av det biomedicinska och det humanistiska perspektivet. Senare förstod jag att detta är en internationellt känd och uppskattad lärobok, utgiven i flera upplagor. Den finns nu också upptagen i SFAMs rekommendationer till nya målbeskrivningen för specialistutbildningen i allmänmedicin.

Ian McWhinney föddes i England 1926 och avled i september 2012. Han blev allmänläkare som sin far, med praktik i Stratford-upon-Avon. 1968 flyttade han till Kanada, där han vid 42 års ålder fått den första kanadensiska professuren i familjemedicin, vid University of Western Ontario. Han blev en internationell pionjär i utvecklingen av familjemedicin som akademisk disciplin, byggde upp en omfattande forskningsverksamhet med många medarbetare, och har publicerat ett otal artiklar och flera böcker. Han valdes till hedersledamot av SFAM vid årsmötet 2004.



I samband med att läroboken översattes till svenska 2004 reste Mogens Hey, Eva Jaktlund och Ulf Måwe till Kanada som representanter för SFAM och besökte den då 78-årige professor McWhinney och hans forskarkollegor. De berättade om resan i en artikel i *AllmänMedicin* 5/2004 [3].

Karin Lindhagen
Uppsala

karin.lindhagen@sfam.se

Referenser

1. McWhinney, I R. & Freeman, T. *Textbook of Family Medicine*, 3rd ed. New YORK, NY: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-536985-4
2. McWhinney, Ian. *Familjemedicin*. Studentlitteratur, 2004. ISBN 9789144019444
3. Hey, M, Jaktlund, E, Måwe, U. Canada – från Hippokrates ed till McWhinneys katekes. *AllmänMedicin*, 5/2004, sid 27-28. Finns på SFAMs hemsida www.sfam.se, flik AllmänMedicin.

En artikel för varje allmänläkare att läsa och att återkomma till

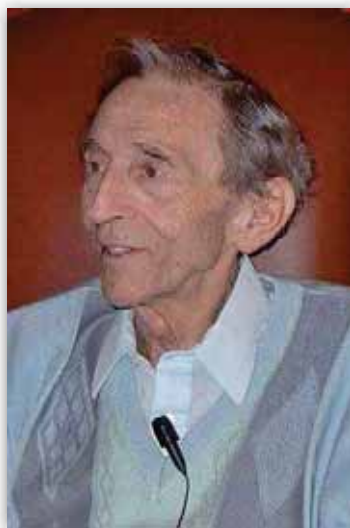
Ian McWhinneys första allmänmedicinska artiklar är från tidigt 60-tal, innan han flyttat till Kanada och alltså ännu befann sig i England. Artiklarna handlade om förekomst och diagnostik av sjukdomar i allmänläkarens perspektiv [1, 2]. Han tillhörde den generation av unga engelska allmänläkare som lade grunden för allmänmedicinen som en självständig klinisk och vetenskaplig disciplin. Jämsides med honom skrev John Fry *Common diseases* och Keith Hodgkin *Towards early diagnosis*, två genombrotts-

verk för allmänmedicinen som helt och hållet utgick från observationer och bokföring av eget patientarbete [3, 4]. En annan avgörande tidig influens var Michael Balint [5]. 1975 var Ian McWhinney medförfattare i en listigt upplagd jämförelse av hur internmedicinare och allmänläkare löste kliniska problem. Inte oväntat var allmänläkarnas vägar rakare och enklare [6]. Sex år senare kom *A textbook of family medicine* ut och den har sedan dess kommit i flera upplagor och även i svensk översättning [7].

Ian McWhinneys sista vetenskapliga publikation kom 2010 och handlade om hemsjukvård vid akut sjukdom [8].

Han var en skrivande människa. Iakttagelserna var noggranna, tankarna klara men sinnet ändå allra mest mildt. Den starkaste tråden i författarskapet var den ideologiska. Lidelsen för allmänmedicinen blev hos honom en ihärdighet, där han gång på gång vände läsaren mot utgångspunkten och det enkla: Patienten, allmänläkaren och ögonblicket där de möts.

En text med särskild lyskraft är artikeln *Being a general practitioner: what it means* från 2002 [9]. Här utgår han från uppdraget att aldrig ge upp sin patient. Saker kan naturligtvis inträffa som bryter relationen, och det finns många delar i det medicinska som allmänläkaren inte tar på sig, men allmänläkaren vet aldrig när patienten kan behöva ta kontakt på nytt. Öppenheten är ovillkorlig. En vänskap utvecklas som inte är social i största allmänhet utan som gror i det gemensamma intresset för patientens hälsa i vid mening. I denna relation ryms både den konkreta personen och de medicinska abstraktionerna, både det organismiska och mekanistiska perspektivet, både osäkerhet och precision. Om en sådan yrkeskonst ska kunna utvecklas får hjärtat inte hårdna. Att lyssna uppmärksamt är



”Iakttagelserna var noggranna, tankarna klara men sinnet ändå allra mest mildt.”

samtidigt en förmåga, ett sinnestillstånd och ett sätt att vara läkare som i sig är läkande. Vägen dit går genom en självkännedom som kan vara svår och smärtsam att vinna. Vi tittar så lätt åt annat håll i de allra svåraste ögonblicken. Ingen är utan rädslor och egenintressen och vi behöver vänner i yrket som hjälper oss se dem så att de kan ställas åt sidan och patienten bli alldeles tydlig i sin utsatthet. Men när vi tycker att vi lyckas, och nästan blir yra av medkänsla, kan vi för evigt lita på att Ian McWhinney tar oss i armen och viskar: ”Kliv tillbaka. För vems skull gör du detta?”

Carl-Edvard Rudebeck

Allmänläkare, forskningshandledare, professor Utvecklingsenheten, Landstinget i Kalmar län
carl.edvard.rudebeck@ltkalmar.se

Handledarpris

Nordvästra Götaland delar årligen ut ett vandringspris för ST-handledare inom NU-sjukvården samt Fyrbodals PV-område. Priset tillkom våren 2003 med medel från s.k. REGATT-anslag samt Dalbofrys Läkarklubb. Pristagare utses årligen efter nomineringsförfarande. Oinskränkt jury utgör SYLF/NVGL. Vandringspriset går under namnet ”Gylene Vingar”.

Till årets ST-handledare utsågs doktor Barbro Edéus-Karlsson från Silentzvägens vårdcentral.



Barbro Edéus-Karlsson

Motiveringen löd:

”För sin aldrig sinade källa av djup men också uppdaterad medicinsk kunskap och den ypperliga förmågan att lära ut denna. För sitt sätt att dela med sig av sina erfarenheter vad gäller samtal med patienterna och kommunikation med övriga kollegor och sjukvård. För att alltid måna om sin ST-läkare, att bry sig om hur det är både på arbetsplatsen och privat. För sitt engagemang att låta ST-läkaren bli självständig men aldrig behöva känna sig otrygg. Helt enkelt en förebild för ST-läkare och en ideal handledare.”

AllmänMedicin gratulerar!



Tycker du att AllmänMedicin är bra?

Vi i redaktionen blir väldigt glada om du delar med dig!

Lägg den i kafferummet, låt den gå runt på möten, diskutera artiklarna på läkarmötet – möjligheterna är oändliga!

Läkemedelsföretagen skadar patienter

Ben Goldacre, en ung engelsk epidemiolog och psykiater, är intensivt engagerad i att förmedla till allmänheten vad vetenskap och vetenskaplig evidens är, bland annat genom sin regelbundna krönika *Bad Science* i *The Guardian*. Hans första bok, *Bad Science* från 2009, handlar framför allt om den bräckliga eller obefintliga grunden för alternativmedicinska metoder som används brett i Storbritannien, bland annat i skolorna.

Nu har Ben Goldacre publicerat en ny bok, *Bad Pharma*, där han omfattande går igenom problem inom läkemedelsforskningen. Boken har sex avsnitt: Missing data; Where do new drugs come from; Bad regulators; Bad trials; Bigger simpler trials; Marketing. Den har också en efterskrift, Better data.

Det nya och spännande med *Bad Pharma* är den omfattande och väl motiverade analys författaren gör av de omfattande konsekvenserna av att inte alla data kommer till vår kännedom.

Ett exempel han tar upp från egen praktisk erfarenhet gäller reboxetin, ett antidepressivt läkemedel som säljs i Sverige under namnen Edronax[®] och Davedax[®]. Han beskriver hur han övervägde att ge det till en patient som inte svarat på annan behandling. Sökning i litteraturen visade att det skulle vara både effektivt och säkert. Men mer djupgående efterforskning visade senare att bara en av sju gjorda studier av reboxetin mot placebo visade någon effekt. I de andra sex studierna, som omfattade tio gånger så många patienter, fanns ingen påvisbar skillnad. Dessutom visade dessa sex studier mer biverkningar och fler avbrutna behandlingar för det aktiva läkemedlet. Han kände sig lurad. Goldacre skriver, i min översättning: ”Jag gjorde allt en läkare förväntas göra. Jag läste tillgänglig litteratur med kritiskt öga, jag förstod den, jag diskuterade den med patienten, och



Bad Pharma:
How drug companies mislead doctors and harm patients
Författare: Ben Goldacre
ISBN 978-0-00-735074-2
Förlag: Fourth Estate. London, 2012

vi beslöt tillsammans att pröva denna medicin, utifrån den evidens som fanns. Men i verkligheten visade den samlade forskningen att läkemedlet inte var bättre än placebo och vad värre är, gjorde mer skada än nytta” (sid. 7).

Detta är ett exempel på *publication bias*, alltså att studier som påvisar skillnader publiceras i mycket större utsträckning än studier som inte visar någon skillnad mellan studerade grupper. Det innebär i sin tur att även metastudier blir missvisande. Även om man samlar alla publicerade studier som gjorts, så blir tolkningen skev genom att många studier som visat nollresultat ofta inte kommer med i översikten. Och det i sin

tur innebär att det som presenteras som bästa möjliga evidens utifrån betrodda tidskrifter och Cochrane-analyser ändå kan vara helt missvisande, liksom de data som läkemedelsmyndigheterna har att utgå ifrån då de godkänner nya läkemedel.

Att negativa resultat ofta inte publiceras är något som den forskande världen har blivit klart medveten om. Goldacre beskriver ingående hur man har försökt att på ett otal sätt motverka detta, till exempel genom att kräva att alla studier registreras i förväg, innan resultaten är kända, och att kräva att alla studieresultat ska rapporteras. Men han påvisar mycket trovärdigt hur detta ändå inte haft någon egentlig effekt eftersom det inte följs upp. Regler finns, men de efterlevs inte.

Men det är också många andra företeelser som bidrar till missledande information om hur effektiva läkemedel egentligen är. Ett exempel är att information från myndigheter censureras, även sådana som vi brukar ha stort förtroende för som NICE i Storbritannien och svenska Läke-medelsverket. Deras rätt att förmedla information begränsas av sekretessavtal som gör att de inte får avslöja allt de fått veta. I boken exemplifieras det med bilder (sid. 64 respektive 77) som visar dokument från dessa myndigheter där stora delar av texten är överstruken med svart censurpena.

Han ger också tips om hur man kan agera för att undvika att falla i denna fälla, och har tankar om hur man skulle kunna utforma studier av läkemedelsanvändning i praktisk verksamhet på ett bättre sätt. Kanske har vi alltför stor tilltro till den dubbelblinda randomiserade studien gjord på en grupp patienter som sällats fram så att de inte har andra sjukdomar och andra mediciner som skulle kunna förvilla, och därmed inte är representativa för de patienter vi ser på våra mottagningar.

Sammanfattningsvis är denna bok en nyttig ögonöppnare och dessutom rolig läsning.

Men orkar du inte läsa den nu, så kan du titta på hans TED-föreläsningar och andra framträdanden på din dator. Du hittar dem enklast genom att söka "Ben Goldacre" via hans blogg www.badscience.net eller på YouTube. Ben Goldacre

är en engagerad och engagerande, dynamisk och mycket snabbpratande föreläsare, med målande exempel och intensivt kroppsspråk. Mycket nöje!

Karin Lindhagen

Uppsala

karin.lindhagen@sfam.se



Stödja patienter att sluta röka och snusa

Det är verkligen roligt att få hälsa denna nya bok om tobaksprevention välkommen. Den är främst en lärobok och ett stöd för behandlare men kan mycket väl läsas av en bredare publik. Författarna har mycket lång, mångfacetterad och gedigen erfarenhet och ett utomordentligt gott renommé i branschen. De bjuder på sina samlade erfarenheter på ett stimulerande och inspirerande sätt. Författarna ger till att börja med ett nationellt och internationellt perspektiv på tobaksfrågan. De beskriver tobakens skadeverkningar, beroendet och samhällets kostnader för tobaksbruk. Tankeväckande faktaunderlag finns med och säkert kan en och annan väckarklocka ringa för det fortsatta tobakspreventiva arbetet. Boken ger historik, vetenskapligt perspektiv på olika metoder och information om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder med exempel som tydliggör för läsaren.

Ett av kapitlen ägnas åt det motiverande samtalet, MI (Motivational Interviewing). Där ges en ingående beskrivning och utvärdering av användningsområdena för MI. Även mer aktiva KBT-inriktade metoder för tobaksavvänjning tas upp. En stor del av boken belyser arbetet med individuell tobaksavvänjning som inte kräver lika mycket samlade insatser och förberedelser som tobaksavvänjning i grupp, vilken behandlas i ett separat kapitel. I kapitlet om individuell terapi beskriver man även nikotinläkemedel och receptbelagda lä-



Stödja patienter att sluta röka och snusa

Författare: Barbro Holm Ivarsson (Red), Agneta Hjalmarsson, Margareta Pantzar.

ISBN 9789144082394

Förlag: Studentlitteratur 2012.

kemedel med praktisk tillämpning, och läsarna får information om vad som gäller vid graviditet och i mötet med ungdomar. Olika frågeställningar och farhågor bemöts på ett enkelt sätt och författarna ger tips och råd som kan stärka tobaksavvänjaren i arbetet. I beskrivningen av gruppbehandling ges praktiska råd gällande sammansättning och utformning.

Även läkarens roll nämns, vilket är ett viktigt perspektiv. Boken berör i ett mindre avsnitt utvärdering och uppföljning och slutligen behandlas det tobakspreventiva arbetet på olika arenor i en större avslutande del.

Framställningen är välformulerad och orden väl vägda. Författarna lyckas hålla intresset levande under hela läsningen och exemplen som finns medtagna är berikande och kreativt valda.

Boken är heltäckande på området och kan säkert, som författarna hoppas, fungera som handbok för alla som arbetar med tobaksfrågor, samt för vidareutveckling och utgångspunkt för fortsatt arbete. Nu är det upp till oss som läsare att tillämpa innehållet, ta till vara etablerade resurser och utveckla fler möjligheter för tobakspreventivt arbete oavsett arena.



Kristina Bergstrand
ST-läkare, Kvarnsvedens vårdcentral
kristina@bergstrand.pm

Kollegiala rådgivare – en resurs för alla läkare

"Kollegialt nätverk – läkare stöder läkare" är en stödverksamhet inrättad av Sveriges Läkarförbund. De kollegiala rådgivarna utses av lokalföreningarna och har ofta ett fackligt uppdrag. Stockholms läkarförening anser dock att uppdraget inte går ihop med facklig verksamhet, så här får den som vill bli rådgivare vända sig direkt till förbundet.

Bakgrunden var situationen i samband med finanskrisen i början av 90-talet, då nerdragningar ledde till alltmer pressade arbetssituationer, ökande sjukskrivning och ökat antal suicid bland läkarna. Som mest har man haft uppåt 800 ärenden per år. Omorganisationer, arbetsbelastning och missbruk är vanliga "sökorsaker".

Man behöver inte vara medlem i SLF för att kontakta en kollegial rådgivare, och man kan vara anonym. Om man vänder sig till förbundet får man förslag på en eller ett par kollegor. Annars väljer man från listan som finns på hemsidan. Vanligast sker kontakten per telefon, numera också per e-brev. Ibland räcker ett enda samtal, ibland kan det bli längre kontakter. Det händer att rådgivare och rådsökande träffas fysiskt. Betoningen på rådgivning är viktig – det ska aldrig bli en terapeutisk situation. De uppgifter vi rådgivare rapporterar till förbundet är kön, ålder och typ av problem.

Mina egna erfarenheter är några få samtal per år. Dock har situationen som presenterats för mig ofta varit mycket komplicerad. I något fall har vederbörande haft kontakt med många instanser tidigare, men för de flesta har jag varit den första de vänt sig till. Flera har varit läkare under utbildning, som börjat tvivla på sin kapacitet och sin yrkesbana. Oftast har arbetsbelastningen varit för hög i förhållande till upplevd förmåga. Det har inte varit ovanligt att samtalet i början avbrutits av gråt. När kollegorna väl tar till telefonen är de nära bristningsgränsen.

I samtalen har jag fått ta fram mina bästa allmänläkaregenskaper. Jag har lyssnat, lyssnat, peppat, lyssnat. Försökt hitta ljuspunkter i det mörka, visa på alternativa vägar. Jag har kommit med praktiska råd, t.ex. förklarat fackets roll och betonat att man inte ska gå ensam till samtal med chefen. Men det viktigaste har varit att lyssna, att bekräfta. I några fall har jag senare fått feedback – ett enda samtal kan ha utgjort en vändpunkt.

Vi kollegiala rådgivare inbjuds till ett heldagsseminarium varje vår. Tyvärr medför arbetssituationen att alltför få anmäler sig och att det alltid blir sena återbud. Här får vi lyssna till intressanta föreläsare och diskutera vår egen roll. Åsa Kadowakoi med "Läkare med gränser" gjorde stort intryck på mig. I år fick vi lyssna till Emma Spak, ordförande för Sveriges yngre läkares förening (SYLF).



Yngre läkares situation

SYLF har gjort en undersökning bland sina medlemmar. De "yngre" läkarna är 25–45 år. Snittåldern för specialitetsbevis är 42 år. En problematisk tid är tiden mellan examen och AT, då man har en osäker anställning. Ofta saknar man en namngiven handledare – i stället får man kanske själv handleda AT- och ST-läkare liksom utländska läkare. Det är inte ovanligt att man får gå primärjour.

En annan svår period är när man är legitimerad men ännu ej fått ST-tjänst. Osäkerheten gör att man inte ställer krav på fortbildning, engagerar sig i forskning och kanske heller inte vågar planera barn.

Utbildningstiden sammanfaller med den period man bildar familj. Småbarnsföräldrarna bland läkarna är de som går först från jobbet, men de är alltid sist på dagis. Detta ger ofta en gnagande känsla både på jobbet och privat. Än idag ifrågasätts det att höggravida kollegor med sammandragningar ska slippa gå jour.

Viktiga faktorer för en bra arbetsplats anser yngreläkarna vara en rimlig introduktion, kollegialt stöd och bra utbildningsklimat inklusive handledning

SYLF anser att rekryteringen måste förändras. Provanställning följt av tillsvidareanställning är bättre än korta vikariat. Handledning, kvalitetsgranskning även av AT, och ersättningssystem som prioriterar produktionen av utbildning och forskning är andra faktorer. "Flexibility", att kunna arbeta mer flexibelt, är önskvärt. Om man kan påverka sitt arbetssätt blir man mer lojal mot arbetsplatsen och stannar kvar. Forskning ska ske på arbetstid, inte vara en hobby. Viktigt är också att fånga upp personer med ledaregenskaper tidigt. Handledning, utbildning och forskning är produktion för morgondagens patienter.

Nödvändigheten och svårigheten att rekrytera blivande allmänläkare diskuteras. Utvecklingen har medfört att det som tidigare var allmän internmedicin har flyttat ut till primärvården. Ämnet är mycket brett, och unga läkare tycker ofta det är för svårt. Å andra sidan anfördes det att det var organisationsförändringarna som knäckte distriktsläkarna. Vårdvalet inom specialistvården innebär ofta detaljstyrning med risk att engagemanget försvinner. Läkare har ofta för lite kunskap inom geriatrik och hemsjukvård, och där går det att ordna bra arbetsförhållanden.

Läkare med utländsk bakgrund

Föreningen Internationella Läkare i Sverige (ILIS) bildades under SLFs beskydd för att påskynda utländska läkares väg mot svensk legitimation. Föreningen lades ner för något år sedan, efter 10 års verksamhet. Många av dess mål har tillgodosetts.

Läkarförbundet har som nu tagit på sig rollen som etableringslots och ger stöd till kollegor med utländsk utbildning, av alla kategorier: etniska svenskar utbildade utomlands, läkare utbildade i hemländer inom EU och läkare utbildade utanför EU. Intresset för denna fråga växte då s.k. EU-läkare började arbeta i Sverige. De behöver inte den långa introduktion som andra kollegor fortfarande måste genomgå. Kulturskillnader och kommunikationssvårigheter blev uppenbara.

Vi kollegiala rådgivare finns till även för läkare med utländsk bakgrund, oavsett om de är med i SLF eller ej. Men läkare med utländsk utbildning måste uppmuntras att gå med i facket (Läkarförbundet). Från sina hemländer kan de ha negativa erfarenheter, och de behöver informeras om hur facken här arbetar.

LÄNKAR

Sveriges Läkarförbund • www.slf.se

Svenska Distriktsläkarföreningen • www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/Distriktslakarforeningen/

Kollegialt nätverk • www.slf.se/Arbetsliv/Kollegialt-natverk/

Etableringslots • www.slf.se/Lakare-med-utlandsk-examen/Etableringslots/

SYLF • www.slf.se/SYLF/



Ingrid Eckerman
Chefredaktor@sfam.se

Vill du anordna en kurs eller konferens?

Vi vet att det finns många duktiga allmänläkare som har något de vill förmedla till sina kollegor, men samtidigt är de inte förtjusta i administrationen. Du kanske är en av dem?

För att möta efterfrågan på administration av kurser och konferenser har SFAMs kansli förstärkts med ett kurs- och konferenskansli. Monica Brunnäs har anställts som kurssekreterare på deltid 75 %. Monica kommer närmast från Industrifacket Metall och har lång erfarenhet av kursadministration.

SFAMs kurs- och konferenskansli är efter överenskommelse behjälpligt med kurs- och konferensadministration. Sådant som Monica kan hjälpa till med är projektstöd för att arrangera en kurs eller konferens, budget, bokningar och kontakter med konferensanläggning, bevakning av deadlines för bokningar om måltider och lokaler, webbanmälan, deltagarlistor, fakturering av deltagare, betalning av leverantörsfakturor och uppföljning av ekonomi och genomförande.

Vare sig du eller din förening har helt klart för er hur ni vill att upplägget ska se ut eller om du har funderingar, så föreslår vi att du hör av dig till vårt kurskansli för att prata om hur ett upplägg skulle kunna se ut och vad det skulle kosta.

Kontakt:

Monica Brunnäs monica.brunnas@sfam.se, tel. 08 23 24 01.



Nordiskt allmänläkarmöte på Säröhus 6–9 september



Den 6–9 september tillbringade Karin Träff Nordström och jag på Säröhus utanför Göteborg tillsammans med representanter för de nordiska vetenskapliga och fackliga allmänläkarföreningarna. Tillsammans var vi 26 personer. Island var inte representerat denna gång. Nordiska möten av detta slag hålls vartannat år och så har det varit sedan lång tid tillbaka. För mig var det första gången jag deltog på ett nordiskt möte, och efter dessa dagar var jag full av inspiration och ny kraft. Det är viktigt att stärka samarbetet mellan de nordiska allmänläkarna och mellan våra vetenskapliga och fackliga föreningar. Till stor del är det samma frågor vi brottas med, även om det också skiljer sig åt en del mellan länderna. Vi behöver uppdatera varandra kring vilka frågor som respektive land jobbar med, skapa nätverk och samarbeta framåt, i vissa fall också enas kring gemensamma dokument och uttalanden.

Första dagen höll DLF Sverige i takt-pinnen, och alla länder fick berätta vad som hade hänt inom allmänmedicinen i respektive land sedan förra mötet.

I Norge har rådande ”fastlege” system varit hotat, då man ville lägga på allmänläkarna en mängd nya uppgifter och mindre tid till kärnverksamheten skulle bli kvar. På en vecka skrev 2800 allmänläkare (!) på en protestskrivelse och förslaget drogs tillbaka. Nu har nya regler skrivits som accepterats och skrivits under av den norska allmänläkarföreningen. Mycket spännande att höra om denna aktion och hur snabbt och samstämmigt allmänläkarna reagerade och att de blev lyssnade på! Att de verkar i ett nationellt sammanhållet system och inte som i Sverige i 21 olika landsting underlättar säkert.

Tills nu har primärvården varit helt offentligt driven i Finland, men en privatiseringsväg drar fram, och det är både

enskilda doktorer och stora riskkapitalbolag som driver de nya enheterna. Bakgrunden är svårigheter att rekrytera till de offentligt drivna enheterna. De finska allmänläkarkollegorna såg både för- och nackdelar med detta nya system. Men lönerna är på väg upp och intresset i samhället för primärvården har ökat. I Finland jobbar allmänläkarföreningen också med frågan om recertifiering.

Danmark har ett nationellt sammanhållet datasystem för primärvården. Detta system kommunicerar med ett nationellt system för kvalitetsindikatorer dit olika variabler från patientjournalen automatiskt hämtas. Allmänläkaren bestämmer vad som ska med och vad som ska synas, och det är allmänläkaren och patienten som kan titta på detta sedan.

Vi i Sverige redogjorde för en del av det som vi arbetat med under året som Europaläkarfrågan, där både SFAM och DLF varit högst aktiva och samarbetat. För SFAM:s del redogjorde vi även för ar-

betet med kvalitetsregister, förebyggande och hälsofrämjande arbete samt vår ambition att vara mer aktiva och synliga i det offentliga rummet.

På fredagen höll Karin TN i ämnet "Kvalitetsparametrar i allmänmedicin": Vad är kvalitet och vilka parametrar bör man mäta i primärvården? Ska det man mäter användas för forskning, "feedback" eller för att mäta prestation, och är det möjligt att hitta ett system som kan titta på alla dessa tre samtidigt? Karin redogjorde också för "vårdval" i Sverige samt förklarade det faktum att vi har 21 olika landsting och därmed 21 olika utformningar av "vårdval" och i tillägg till det många olika journalsystem i primärvården. Denna redogörelse tror jag fick våra nordiska kollegor att bättre förstå en del av de svårigheter vi har inom allmänmedicin i Sverige...

Inför nästa möte enades vi om ämnen att förbereda för respektive land och sedan diskutera vidare:

- Utbildning-allmänmedicin i såväl grundutbildning som specialistutbildning.
- Forskning
- Kvalitet
- "The Starfield axiom" (nyckelfunktioner enligt Barbara Starfield)
- Allmänläkarens roll i primärvården

Lördagen ägnades åt studiebesök på Styrso Vårdcentral (som vi nådde efter en rejält gungig båttur...). Spännande att se hur de arbetade med "glesbygdsmedicin", även om det inte är längre än 20 minuters båtresa från Göteborg.



Karin Träff Nordström

Till sist några reflexioner kring de vetenskapliga nationella styrelsernas olika förutsättningar och sammansättning: Finland har tre professorer i sin nationella styrelse! Vår målsättning i SFAM är att ha minst en professor i styrelsen, men det har inte gått att frambringa någon kandidat senaste åren.

Såväl Norge som Danmark har heltidsanställda allmänläkare som arbetar för föreningen.

Tänk vad mycket lättare det skulle vara att med kort varsel kunna närvara på möten som många gånger utannonseras med på tok för kort varsel för att kliniskt aktiva ska ha en chans att kunna komma. Grunden till detta är förstås helt andra ekonomiska förutsättningar än vad

Sverige har då en överväldigande majoritet av allmänläkarna är medlemmar i de vetenskapliga allmänläkarföreningarna i dessa länder.



Louise Hamark
Facklig sekreterare SFAM
Samariterhemmet Vårdcentral, Uppsala
louise.hamark@sfam.se

Känner du en resursperson?

SFAM

Anmäl henom – eller dig själv – på SFAMs hemsida ("Formulär och blanketter").
Någon ur SFAMs styrelse, råd och nätverk kanske frågar dig om hjälp.

Saker och ting – en julsaga

Stafettomte Egon Pryl kom som alltid cyklande till jobbet i Närånger. Han kallades Prylén. Pensionär men tyckte att det var kul och meningsfullt att jobba. Barnens leksaker måste ju bli uppiffade, vårdade, så här inför julen, menade han. Sakerochting kom säckvis till kommunens stora rekonditioncentral fastän det var kyligt, blåste och snöade.

Greta såg hur Prylén borstade av sig snön, gick in på sitt tjänsterum, satte sig. Diskret la han sin flaska i skrivbordslådan och frågade Greta, förste mottagningsorganisatör, var centralens åtta ordinarie tomtrar höll hus.

”Centralchefen är på länschefsmöte i Örebro på måndagar, Nischmann på informationskonferens i Stockholm, Fragmentén har tänt röda lampan. Jag tror han sysslar med ett kvalitetssäkringsprojekt. Ibrahim Muhamad sitter i undervåningen och granskar journaltexter.”

”Ja...ha”, sa Prylén och rättade till glasögonen.

”De andra fyra ordinarie allmänrekonditionörerna är på informationsträff på Strandhotellet hela dagen”, fortsatte Greta och log. ”De ska diskutera färg och form på gardinerna i vår nya konferenslokal.”

Prylén såg hennes missfärgade framtänder. ”Ja...ha”, sa han, och rättade till både glasögon och tomtemössa.

”Så du blir ensam med Sakerochting”, sa Greta, log igen, tvetydigt, och tömde ut dagens sopsäck på Pryléns expedition. Golvet fylldes av nallar, bilar, dockor, IT-prylar och vapen. Hon såg Prylén skarpt i ögonen. ”Vi har tvingats gör oss av med fyra lågavlönade underorganisatörer här på avdelningen. I annat fall klarar vi inte budgeten. Du får själv städa och hämta redskap. Stafettomtar är kostsamma, men det är ju å andra sidan mest ni som jobbar med Sakerochting.”



Prylén satte sig och andades djupt. Utom sin dator hade han skrivbord på sitt begiefärgade tjänsterum, en arbetsbänk och en bokhylleliknande, gigantisk IKEA-möbel, Hugo, med 123 fack. Hans första uppgift under dagen var att sortera och ställa in saker och ting i Hugo.

Före 60-årsåldern hade Prylén som alla andra tomtrar på olika sätt försökt gömma sig för Sakerochting. Han hade själv forskat i många år, varit på konferenser, utbildningsveckor, varit chef, fackligt engagerad, medlem i Tomtar Utan Gränser, kommunpolitiker, utbränd. Han hade gått rakt i väggen och utvecklat flera sjukdomstillstånd. Känslan av att vara sjuk, fastän frisk, fick honom att känna mindre personligt ansvar för att han inte riktigt var den som han en gång tänkt sig. Som oskyldigt drabbad slapp han självanklagelser.

En dag många år före 60 hörde Prylén talas om en poet som blev sjuk och fick centra för logik och struktur i hjärnan skadad. Det gjorde att diktarens intresse för begrepp som mängd, vikt, rum och pengar avtog. I stället ägnade han sig åt att dikta, fantisera och hitta på.

Prylén ville bli som poeten. I sitt sovrum byggde han om en IKEA-säng så att han kunde sova på vänster sida, med höjd fotända och sänkt huvud. Så låg han varje natt i en månad, med dropp som i måttlig mängd, via ryggmärgskanalen, försåg den vänstra hjärnhalvan med etanol – brännvin alltså.

Han hade nu börjat förstå att arbetet som rekonditionör betydde mycket mer än att sätta saker och ting i särskilda fack och sedan behandla dem i linje med fackspecifikt utformade vårdprogram. Han tog en stor klunk ur sin Famous Grouse-flaska i skrivbordslådan.

Efter sitt experiment med etanolmarinerad vänsterhjärna, kände Prylén att Sakerochting visade honom mer tillit. Han vågade öppna sig för dem. De berättade om sina liv på ett sätt som de tidigare inte funnit lönt att ta upp. Han lade örat mot vart och ett av facken i Hugo och lyssnade lyhört längs alla lagringshyllor. Ett Edward Munch-laddat smått ynkligt skri hördes högt upp i diagnosfacket W69.2: *Leksaksdoktor med skadad nästipp*.

Prylén glömde bort sig och gjorde som han alltid gjort. Han mötte leksaksdoktor Leks ångestfyllda blick. ”Jag ska fixa din näsa.”

”Men... nja”, sa Lek tveksamt. ”Det handlar inte så mycket om näsan.”

Prylén var nu tyst och väntade uppmärksamt på vad Lek skulle säga.

”Det är så tråkigt”, sa Lek. Barnen skojar inte med mig som förr. Ingen ser mig. Jag får hela tiden stå på en trasig byrå med mitt stetoskop runt halsen

*”Ingen annan än vi själva kan räta upp vår tillvaro,
när vi friska upplever oss drabbade.”*

och reflexhammare i handen och se när barnen sitter tysta timme efter timme med sina ipods, iPhones, och alla andra IT-prylar, sa han. Livet känns tomt och meningslöst.”

Tidigare, när han känt sig osäker inför leksakernas blickar, hade han snabbt tagit till sitt väl förberedda frågebatteri och lett in mötet på frågor som han redan hade svar på. Hans tvångsmässigt använda försvarsstrategi mot det okontrollerbara gjorde att han ofta kände olust inför tanken att gå till jobbet. Han hade då sett Sakerochting som livlösa kroppar. Förr, tänkte han, visste jag bara hur jag skulle handskas med sånt som inte kan tänka, känna vilja. Jag såg kanske inte betydelsen i det jag nu ser, hör och känner.

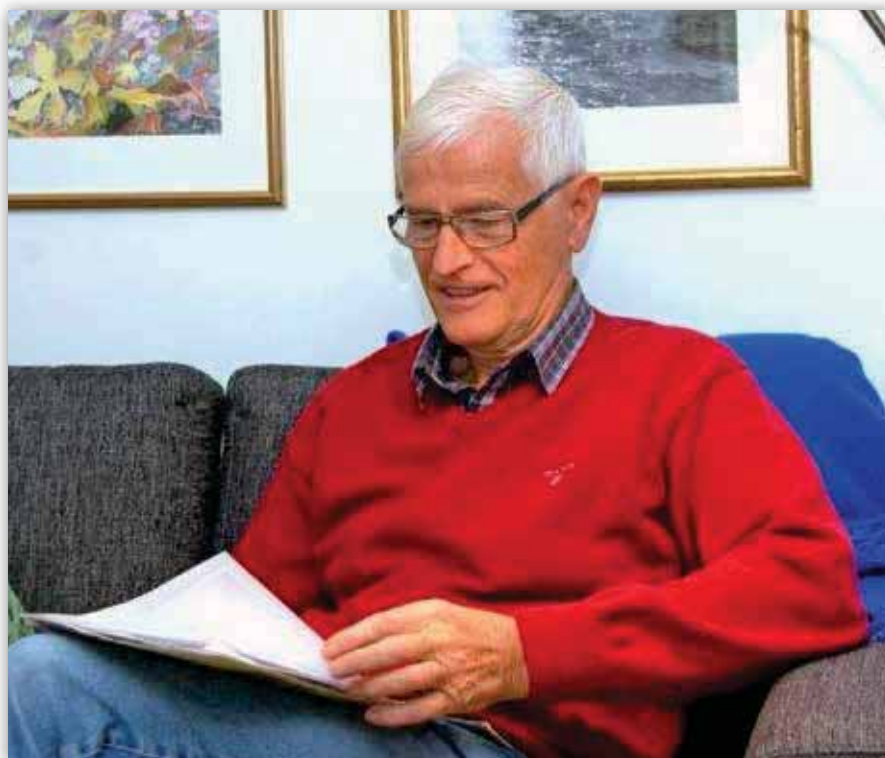
Nu lyssnade han med högerhjärnan. Han var inte längre en räddhågsen och fastlåst räknemått. Han visste att leksaksdoktor Lek bara kunde se det som han hade egna ord och motsvarande känslor för. Alltså återstod för Prylén att lyssna så lyhört som möjligt.

Fantasin flödade. Prylén släppte loss och lyssnade på Lek.

”Jag skulle behöva en ipod, e-pad och en mikrofon i handen,” sa Lek. ”Då kan jag låtsas att jag sitter på konferens bland kollegor. Det gör gärna läkare, eller hur? Då känner jag mig hemma, känner mening. Då kommer ungarna troligen att leka och se mig som doktor. De ska vara patienter och jag ska fråga, undersöka och säga att de ska sluta röka, snusa, supa, älska måttligt och äta rätt.”

Lek berättade att han inför jul mött många tomtar i Närånger. De hade sett villrådiga ut och skickat honom till mindfulla psykologer, kuratorer och andra tomtar. En vänlig rekonditionör sa till honom att han behövde sovpillers, tröttoppillers, värkpillers och vitaminer.

”Jag tror”, sa Lek, ”att de rekonditionörer som jag skickats till varje jul alla har haft som främsta mål att slippa mig,



Olle Hellström

få ut mig från centralen. Ofrivilligt fick jag dem att känna sig hjälplösa eftersom de inte förstod mig. De verkade bara ha kunskap om sånt som kan ses och beräknas numerärt. De plågades inför mitt obegripliga lidande, hade svettpärlor i pannan och luktade armsvett.”

Tur att jag slog ut min vänsterhjärna, tänkte Egon Pryl. Jag ångrar att jag inte redan för decennier sedan lärde mig att se det personliga i Sakerochting. Alla har vi själva skapat vårt eget liv på ett särskilt sätt. Vi har egna önskningar, känslor. Ingen annan än vi själva kan räta upp vår tillvaro, när vi friska upplever oss drabbade.

Kanske drivs leksaksdoktor Lek ofrivilligt att framställa sig som trasig, tänkte Prylén. Han anar att jag, som alla andra rekonditionörer, bara kan se materiella kvaliteter i Sakerochting. Alla vi tomtar kan så småningom förstå att de blir in-

tressantare om vi inte har som enda mål att ta kontroll över det okontrollerbara. Vi tomtar tenderar att känna oss hjälplösa och eländiga. Därför försöker vi på olika sätt göra annat än möta dessa saker och ting på ett sätt som vi en gång hade kunnat utbildas att göra. Det går inte att bota de som är friska.

Prylén plågades trots allt fortfarande av sin envisa vänstra hjärnhalva. Den tjtade hest med alla sina varför-, när- och hurfrågor. Han tog ännu en klunk ur flaskan i byrålådan. Strax kände han att det var trevligt att samtala med sina vänner, Sakerochting. Han cyklade hem med sköna tankar under hjälmen om att en gång i framtiden få arbeta tillsammans med sina kollegor, inte enbart i stället för.

Olle Hellström

Vårdcentralen Jakobsgårdarna, Borlänge
olle.hellstrom@ltdalarna.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Eva Jaktlund
eva.jaktlund@sfam.se

Facklig sekreterare
Louise Hamark
louise.hamark@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Christina Westerdahl
christina.westerdahl@sfam.se

Skattmästare
Ulf Peber
ulf.peber@sfam.se

Övriga ledamöter
Anna Drake
anna.drake@sfam.se

Åsa Niper
asa.niper@sfam.se
Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Läkemedelsterapirådet
Jan Håkansson
Tel: 0640-166 00/-08
jan.hakansson@jll.se

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitets- och Patientsäkerhetsrådet
Sven Engström, 070-330 48 12
sven.g.engstrom@telia.com

ST-rådet (vilande)
Kontakt: Åsa Niper
asa@elfsjo.se

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
Charlotte.Hedberg@ki.se

Rådet för hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvanefrågor
Lars Jerdén
lars.jerden@ltdalarna.se

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper
Tina Nyström Rönnås
kristina.nystrom-ronnas@priv.sll.se

Gastroprima – för mag-tarmintraserade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

NÄSTA – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkekan & Anna Nilsson
marialutkeman@hotmail.com
Anna.AN.Nilsson@skane.se

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Fortbildningssamordnarnätverk
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Astma och allergi
Björn Stållberg
b.stallberg@salem.mail.telia.com

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

Euract
Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Equip
Eva Arvidsson
eva.andersson@ltkalmar.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Nordic Federation of General Practice/ApS
Monica Löfvander
monica.Lofvander@ltdalarna.se

Vasco da Gama Movement
Wonca Europe
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmar.se

På grund av flyttningar och byten av telefonnummer kan felaktigheter finnas på listan. Meddela eventuella ändringar till redaktionen.

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG
Anna-Karin Svensson
anna.karin.svensson@lg.se

DALARNA
Anna Jurland
anna.jurland@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

STOCKHOLM
Maria Wolf
maria.wolf@sll.se
http://www.sfamstockholm.se

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liljequist
maria.liljequist@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmar.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Roland Olofsson-Dolk
roland.olofsson-dolk@ltkronoberg.se

BLEKINGE
Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Ingrid Gustafsson
ingrid.gustafsson@skane.se

NORDVÄSTRA SKÅNE
Britth-Marie Iacobaeus
Britthmarie@gmail.com
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kvist@telia.com
Christina Nilzén
christina.nilzen@skane.se

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG
Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

SÖDRA ÄLVSBERG
Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@vgregion.se

* vilande

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Postgiro: 65 59 74-4
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397
Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidskriften utkommer med 4 nummer per år.
 Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
 Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
 ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
 chefredaktör@sfam.se

Karin Lindhagen, redaktör
 karin.lindhagen@sfam.se

Erlend Svenson, redaktör
 erlend.svenson@gmail.com

Staffan Olsson, redaktör
 staffan.olsson@ptj.se

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
 Peo Göthesson
 N. Hamngatan, 457 40 Fjällbacka
 0525-323 50, fax 0525-329 29
 peo@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
 Marieholmsgatan 10
 Helen Semmelhofer
 415 02 Göteborg
 031-707 19 30
 helen@mediahuset.se

Tryck

Åkessonstryckeri AB
 www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Anna Drake
 webmaster@sfam.se

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda

Utgivningsplan för 2013

1	7/1	11/3	Infektion/Luftvägar/Allergi Utbildning (AT, ST)
2	4/3	6/5	Smärta, mag-tarm Framtidens primärvård – hinder och möjligheter
3	26/8	28/10	Diabetes, hjärta, kärl, koagulation. Riskbedömning, riskepidemiologi (prel.)
4	14/10	16/12	Barn

SFAMs kansli

Box 503, Grev Turegatan 10E
 114 11 Stockholm
 www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd
 helene.sward@sfam.se
 Tel: 08-23 24 05

Kurs- och konferenskansli
 Monica Brunnäs
 monica.brunnas@sfam.se
 Tel: 08-23 24 01

Kompetensvärdering i ST:
 mittist@sfam.se respektive
 examen@sfam.se


Kalendarium
2013**Januari****Kurs i kompetensvärdering ("v3-kurs")**

14-16.1 Stjärnholms slott, Oxelösund
 ulf@mawe.se

Kvalitativ forskning inom**Allmänmedicin**

24-25.1 Köpenhamn
 www.sfam.se

Kurs "Det medicinska samtalet"

28.1-1.2 Duved
 www.sfam.se

AllmänläkarDagarna**– en mötesplats för professionen**

30.1-1.2 Hotel Billingeus, Skövde
 www.kursdokter.se

Maj**Allmänmedicinsk kongress**

15-17.5 Stockholm
 www.sfamstockholm.se

Juni**WONCA****20:e världskonferensen**

25-29.6 Prag
 www.wonca2013.com

Augusti**Nordisk allmänmedicinsk****kongress**

21-24.8 Tammerfors, Finland
 http://nordicgp2013.fi

2015**Nordisk allmänmedicinsk****kongress**

15-17.6 Göteborg

Övriga kongresser utanför

Norden: Se www.sfam.se.

Primärvården i Norrbotten utgör första linjens sjukvård. Totalt så driver vi 32 vårdcentraler, både i stad och i glesbygd, vilka ansvarar för landstingets primärvård i länet. Norrbotten är det till ytan största och nordligaste länet i Sverige. Det utgör en fjärdedel av Sverige och antalet invånare är ca 250 000.

Porsöns vårdcentral i Luleå söker

Distriktsläkare

Då en av våra distriktsläkare går i pension under våren 2013 söker vi nu hans efterträdare.

Porsöns vårdcentral skiljer sig från övriga vårdcentraler i Norrbotten genom sin närhet till Luleå tekniska universitet. Området har en ung och växande befolkning på ett litet område med cykelavstånd till det mesta. Vi är en liten vårdcentral med cirka 6000 listade patienter. Vi erbjuder primärvård med hög kvalitet byggd på respekt, helhetssyn och professionellt kunnande i mötet med patienten. Vi har två ST-läkare och vårdcentralen är HBT-certifierad sedan 2010.

Tillträde enligt överenskommelse, gärna under våren 2013.

Kontakta

Anna-Lena Zakari, verksamhetschef och distriktsläkare
 070-232 33 44,
 anna-lena.zakari@nll.se

Sam Runeberg
 Facklig företrädare NLF
 sam.runeberg@nll.se



NORRBOTTENS
LÄNS LANDSTING

www.nll.se/job

Mitt liv som hund – om jag vore en

Så här stod det på hemsidan till ett djursjukhus jag besökte häromdagen – eller snarare jag och min dotters hund Birk (för hundens räkning vill jag understryka):

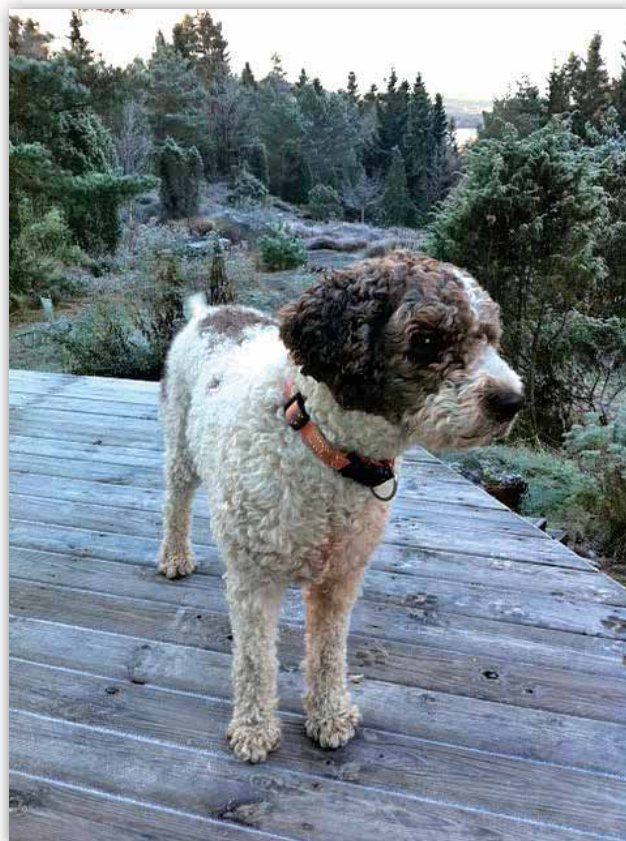
”Flertalet djursjukhus och många djurkliniker har senaste året köpts upp av riskkapitalbolag. Vi är fristående och tänker så förbli. Vi tror på att ha en veterinär, som brinner för djursjukvård samt är delaktig i den dagliga verksamheten, som ägare. Vår uppfattning är att det ger bättre förutsättningar för prisvärd vård av hög kvalitet än en verksamhet vars ägare sitter på ett kontor långt bort och vars främsta intresse är att tjäna pengar på djursjukvården.”

Tänk om vårdcentraler kunde vara lika rakt på sak! Vårdcentraler, precis som små djursjukhus, lämpar sig bäst i småskalig storlek. Om det är stora riskkapitalbolag eller administrativa överbyggnadskomplex à la landsting som ska styra och ställa är sak samma (frånsett att riskkapitalbolag dessutom dränerar landet på skattemedel genom fiffig skatteplanering och holdingbolag). Från verksamhetssynpunkt är dessa två likvärdiga och sitter långt ifrån ”den dagliga verksamheten”.

Det vete f-n om man inte skulle ha varit hund istället?! Då hade man som ”patient” fått en djurdoktor som brinner för mig och mina krämpor (i Birks fall en ond tass). Nackdelen skulle väl vara att man inte lever så länge som hund så att man får liksom aldrig se hur det går... Alternativt kanske man skulle ha satsat på veterinärjobbet istället?! Ha varit djurdoktor och känt igen Birk sedan tidigare och haft en förtroendefull relation när vi funderat över en smärtande högerarm (tass alltså). Långt bort ifrån maktfullkomliga tempelherrars (och damers) påbud om mätning av allt mellan himmel och jord, men inte av det som räknas. Miltals från andra tempel med gnidiga Joakim von Anka-typer som hetsar i penningjakten.

Om jag vore hund

Ja, sitta här och gläfsa går ju an. Skäll då, säger en del, men har jag redan försökt och vem lyssnade? Dagens mattar eller hussar hyschar bara och säger ”plats”, men det italienska ordspråket lyder: ”Säg inte ’Lägg dig’ till en gammal hund, för den vet mer än du.” Försöker man ändå bita till, så blir det strypkoppel. Det är jag som får bära hundhuvudet, man skyller på hunden. Egentligen borde vi hundar sätta svansen i vädret och inte som ofta nu – mellan benen. Det är bara det att vi måste komma sams oavsett ras eller börd, då skulle skallet höras!



Birk

Ta nu inte illa upp för att en gamling yttrar sig. ”När den gamla hunden skäller, ger den råd”, säger ordspråket.

Nej, nu ska jag krypa till kojs i vetskap om att ”det bästa hos människan är hunden”.



Bertil Hagström
Vakthund

hagstrom.bertil@gmail.com